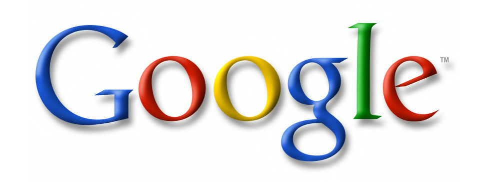
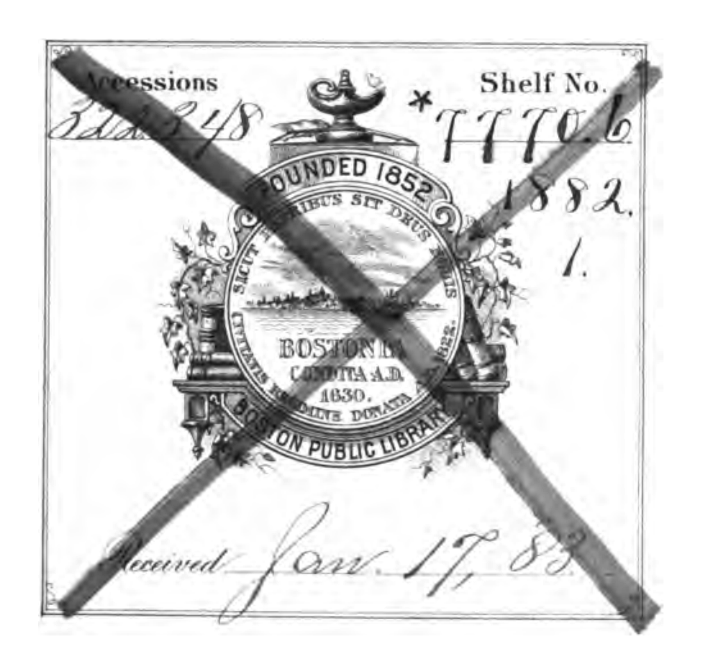



OUNTWAY LIBRARY
HC 4KU1 +


Accessions
Shelf No.
FOUNDED 1852
BOSTON PUBLIC LIBRARY
Received

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant les Mardi, Jeudi et Samedi

Rédacteur en chef:

LE Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières,

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET	MICHEL PETER	H. DEPAUL
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.	Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.	Professeur de clinique obstétricale Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER	F. LABADIE-LAGRAVE
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.	Médecin des hôpitaux.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

Dr A. CHEVALLEREAU,
Ancien interne des hôpitaux.
Oculiste de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée.

COLLABORATEURS :

MM. les professeurs GOSSELIN, PANAS, Germain SÉE, LABOULBÈNE, B. BALL, A. FOURNIER, BOUCHARD, BONDET (de Lyon),
MM. GUÉNEAU DE MUSSY, BUCQUOY, FERNET, LE DENTU, RENDU, PROUST, BESNIER, POLAILLON, MAURIAC, DE SAINT-GERMAIN, CADET DE GASSICOURT, DELORE (de Lyon)
TH. ANGER, MARTINEAU, DIEULAFOY, CORLIEU, LAUGIER, H. BARTH, BAZY, GENEVOIX, Ern. GAUCHER, CUFFER, GARNIER, ORY.

1882. — TOME I

PARIS
A. DELAHAYE ET E. LECROSNIER
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE,
1882

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE

LA FRANCE MÉDICALE

1882 — TOME I


EN VENTE DANS LES Mons d'EAUX MINÉRALES
EMPLOYÉE DANS LES PRINCIPAUX HOPITAUX
EAU
SULFUREUSE
Source
SÉVIGNÉ
APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
AUTORISATION de l'ÉTAT
AGENCE GÉNÉRALE
31 rue Vivienne
PARIS
AFFECTIONS de la GORGE LARYNX ASTHME BRONCHES
MALADIES de la PEAU LYMPHATISME SCROFULE


CRÊME ALIMENTAIRE
du Docteur CAHOURS
CONTRE LA
COQUELUCHE
les Rhumes et Bronchites chroniques
Expérimentée avec succès à l'hôpita
de l'Enfant-Jésus
ENTREPOT : Chez Augé, r. St-Denis, 32
DÉPOT : Dans toutes les Pharmacies.
BOUGUES
GASTRALGIES, DYSPEPSIES, GRAVELLE

29e Année. — Tome III. — N° 1 Mardi 3 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 2 janvier 1882.

L'année qui vient de s'écouler ne diffère guère de sa devancière. Toutes les questions qui intéressent notre profession sont restées au même point qu'il y a un an. Ce n'est pas que la presse médicale, en général, n'ait fait son devoir en signalant aux pouvoirs publics la nécessité de résoudre un grand nombre de questions qui attendent depuis trop longtemps. Elle a cherché à stimuler le zèle du corps médical en appelant son attention sur la nécessité de revendiquer ses droits et de réclamer la place qu'il doit occuper dans notre société moderne.

Cependant nous attendons toujours une loi sur l'assistance médicale dans les campagnes, loi qui arrache les médecins à l'arbitraire administratif et qui lui assure des honoraires convenables au lieu d'une rémunération humiliante et dérisoire.

Il faut qu'une loi assure l'égalité du diplôme, que les étrangers qui veulent exercer en France fournissent les preuves de leur savoir, et qu'il ne suffise plus d'une faveur ministérielle pour donner à certains personnages la faculté d'exercer la médecine chez nous quand ils n'en auraient pas le droit dans leur propre pays.

La campagne de Tunisie a démontré encore une fois qu'il faut soustraire le corps de santé de l'armée à l'autorité de l'intendance, qu'il faut que le médecin soit responsable, mais qu'il ait aussi le pouvoir nécessaire pour accomplir son œuvre. Voilà plusieurs années que la loi sur l'administration de l'armée a été votée par le Sénat, puis par la Chambre des députés. Et cependant nos confrères de l'armée attendent toujours. Espérons que les faits révélés cet été auront éclairé le puissant protecteur de l'intendance, et qu'il cessera de couvrir de sa grande influence les fautes de l'administration de la guerre. Il s'agit là de la santé de nos soldats et de la sécurité de nos armées.

La loi sur la patente nous assimile aux commerçants, sans nous donner les avantages accordés à ceux-ci.

Il y a bien longtemps aussi que l'on nous promet la révision de la loi sur les eaux minérales. Un mouvement très sérieux se produit contre l'institution actuelle des inspecteurs; on réclame, au lieu de l'inspectorat local, une inspection générale.

Le nombre des médecins-députés est considérable. Ils appartiennent tous à la majorité. Ils pourraient, s'ils voulaient s'occuper des intérêts de la profession, exercer une grande influence. Qu'ils abandonnent un moment les questions purement politiques ou person-

nelles et qu'ils accordent leur attention à tous les points que nous venons de signaler.

Mais il faut que le corps médical ne se désintéresse pas dans la discussion. Il faut qu'il y prenne part. Il faut que chacun de nous agisse auprès des conseillers généraux, auprès des députés. Il faut faire connaître aux pouvoirs législatifs la nécessité d'étudier ces graves questions de médecine publique et de les résoudre.

Il ne faut pas songer seulement à nos intérêts personnels ; à côté de ceux-ci il y a des intérêts généraux qui ne doivent pas nous laisser indifférents.

Revendiquons pour toutes les nominations le concours ou l'élection. Cela aurait l'avantage de soustraire les médecins à l'influence de l'administration.

Quelle autorité, quelle considération s'attacheraient à ces fonctions obtenues au concours ou bien dues à l'élection ! Cela ne vaudrait-il pas bien mieux que des places dues à des intrigues d'antichambre ou à des manœuvres de couloirs.

L'immense majorité des médecins souffre de cet état de chose. La plupart d'entre eux, après avoir reconnu leur impuissance à lutter contre l'intrigue, abandonnent la partie à de plus audacieux. Ils se contentent de vivre, pauvrement, mais honorablement, de la clientèle. Nous les félicitons, car ils sont indépendants et ils forcent l'estime de leurs confrères. Ne nous laissons pas éblouir par le succès de quelques turbulents qui arrivent à la notoriété par des moyens dont ils connaissent parfaitement la vilénie. Ne pouvant avoir l'estime de leurs confrères, ils en imposent aux naïfs ou aux ignorants et trouvent malheureusement quelques personnes disposées à se laisser prendre à leurs flatteries ou à leur payer leurs services. Si toutes les places ne pouvaient être données qu'au concours, ces tristes exceptions n'auraient pas leur raison d'être.

Demandons que toutes les places soient données au concours, concours sur épreuves ou bien concours sur titres. Que les choix soient discutés publiquement et qu'ils soient confiés à des hommes compétents. Notre profession y gagnerait en indépendance et en autorité. Le concours mettrait les médecins fonctionnaires à l'abri des caprices de l'administration, des changements ministériels et des fluctuations de la politique.

E. Bottentuit.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — SERVICE DE M. AUGUSTE VOISIN.

De quelques modifications à apporter à la loi de 1838 concernant les aliénés criminels et les rechutes.

Leçon recueillie par M. Legard,
Interne des hôpitaux.

Messieurs,

Avant de reprendre nos conférences sur les maladies mentales, avant de vous présenter quelques-unes de nos malades, comme je le fais chaque année, je voudrais vous entretenir de quelques modifications à apporter dans les règlements qui régissent les asiles d'aliénés et en particulier dans la loi de 1838. Sans vouloir attaquer le principe même de cette loi, il me semble qu'on pourrait, par quelques réformes, réaliser des améliorations sensibles. Dans mon esprit, il y aurait deux modifications importantes : la prémière ayant un intérêt social, la seconde atteignant un but véritablement charitable.

1° Il existe un certain nombre d'individus qui, sous l'influence d'un délire passager, commettent un délit, quelquefois un crime ; reconnus aliénés, on les enferme dans un asile public ou dans un établissement privé. Ce sont le plus souvent des alcoolisés ; sous l'influence de l'isolement, et par suite aussi de l'absence de toute cause excitante, ces aliénés recouvrent peu à peu leur raison, ils reviennent même à l'intégrité complète de leurs facultés intellectuelles. Se trouvant alors en état de santé parfaite, ayant une intelligence suffisante pour comprendre l'incohérence du langage de leurs compagnons d'infortune, se sentant loin de chez eux et privés des moyens de gagner leur existence, que font ces individus? Ils demandent leur sortie, et mettent tout en œuvre pour quitter l'asile ; tous les jours ils viennent harceler le chef de service pour qu'il signe le certificat qui doit leur donner la délivrance. Vous concevez déjà quelle est la position délicate du médecin en face d'une pareille situation. Faudra-t-il maintenir enfermée une personne qui, dans un état de folie, a commis un délit ou un crime, mais qui depuis deux, trois, six mois et même plus, donne les preuves les plus certaines d'une raison complète, et de facultés intellectuelles redevenues normales. Faudra-t-il au contraire relâcher cette personne, la laisser retourner à la vie ordinaire, reprendre ses mauvaises passions et arriver bientôt à une rechute fatale dans un délai plus ou moins rapproché. Sans doute, le médecin patiente autant que possible ; mais, par la nécessité même des circonstances que je vous indiquais tout à l'heure, il arrive à relâcher ces individus et à signer leur sortie de l'établissement après un temps plus ou moins long, mais toujours trop court. En les décla-

rant guéris, en signant leur sortie, le médecin agit évidemment suivant sa conscience. Mais comme je vous le disais tout à l'heure, ces individus retournent vite à leur erreur première, et il résulte de leur sortie hors des établissements spéciaux un véritable danger social.

Dans mon opinion, il faudrait donc que la loi intervînt pour sauvegarder la responsabilité des médecins, en donnant à l'autorité judiciaire le pouvoir de maintenir ces individus dans les asiles pendant un temps assez long pour que l'on soit certain, plus certain qu'on ne l'est aujourd'hui, que les rechutes ne se reproduiront pas, pour que l'on soit aussi à l'abri de ces récidives et de toutes leurs funestes conséquences. Et, remarquez-le bien, la loi, en suivant cet ordre d'idées, protégerait la société contre les malversations et les coups de ces malheureux inconscients ; elle les protégerait aussi contre eux-mêmes et contre leurs passions ; elle les aiderait à rompre avec leurs habitudes mauvaises, à renoncer à leurs tendances instinctives, et contribuerait ainsi, d'une manière efficace, à leur guérison définitive.

Je pourrais vous donner de nombreux exemples à l'appui de mon opinion ; je me contenterai de vous lire seulement l'observation suivante qui vous montrera, par la brutalité du fait même, la justesse des idées que je viens de vous exposer :

Il s'agit d'un individu arrêté un certain nombre de fois pour vols de chevaux, voitures et harnais.

En octobre 1871, il vole un cheval à un habitant de Fontenay-sous-Bois, traverse la Marne à la nage, est arrêté par les Prussiens et est, pour ce fait, enfermé une première fois. à l'asile de Vaucluse. Deux certificats avaient été faits pour son placement : sur le premier on le déclarait atteint de paralysie générale avec tremblement, hésitation marquée de la parole, idées ambitieuses et incohérentes. Sur le second, alcoolisme chronique avec hallucinations et tendance à la paralysie générale.

Cet individu s'évade vingt-quatre jours après son entrée, et, vu les circonstances, on ne le recherche pas.

En novembre 1872, deuxième vol d'une voiture ; deux nouveaux certificats ; le premier le déclare irresponsable comme atteint de démence paralytique ; le second le considère comme atteint d'alcoolisme chronique. Enfermé à Sainte-Anne, il s'évade un mois après.

Au bout de huit mois, en août 1873, troisième larcin, il vole un cheval. Deux médecins le déclarèrent atteint de paralysie générale et irresponsable. Il est interné à Bicêtre. Le médecin du service lui signe sa sortie au bout de deux mois.

Cinq mois après, quatrième vol, nouvel internement à Bicêtre ; deux certificats établissent qu'il est atteint d'alcoolisme chronique. Séjour de cinq mois, au bout duquel le médecin le déclare en état d'être rendu à la liberté.

Deux mois plus tard, cinquième vol, d'une voiture ; nouvel internement à Bicêtre, nouvelle évasion.

Dans le troisième jour qui suit sa sortie, sixième vol, d'un cheval et d'une tapissière. Reconnu, replacé à Bicêtre, il en sort vingt-huit jours après, mis à la disposition de la justice et condamné à un an de prison. A Mazas il est pris d'accidents épileptiformes. Il est transféré à Sainte-Anne, puis à Bicêtre. Là le médecin du service le déclare capable de commettre les actes les plus graves et d'être fort dangereux à l'occasion. Cependant, moins d'un mois après, il certifie qu'il est aussi bien que possible, et qu'il peut être remis aux mains de l'administration pénitentiaire.

Transféré à Sainte-Pélagie, il tient des propos incohérents, commet des actes de violence, et, de nouveau, on le replace à Bicêtre. Quatre mois après ce dernier placement, le médecin de Bicêtre déclare qu'il encore une fois rétabli, mais que dans trois ou six mois il ne sera pas mieux, qu'il s'alcoolisera de nouveau et qu'il retombera, mais que sa sortie cependant peut être accordée.

Nouvelle sortie, nouvelle arrestation après un accès de fureur sur la voie publique. Placé à Bicêtre, il en ressort deux jours après, sur certificat du médecin.

En 1879, huitième arrestation, pour actes de violence sur des personnes qui passaient à côté de lui dans la rue. Quatre mois plus tard, on le déclare guéri et pouvant être remis en liberté.

J'ai choisi, entre beaucoup d'autres, l'exemple de cet individu, parce que ses délits sont accompagnés d'impulsions dangereuses, et qu'il est regardé comme pouvant se livrer aux actes les plus graves. Malgré ces faits, malgré cette affirmation plusieurs fois répétée qu'il y avait danger à laisser cet homme en liberté, à plusieurs reprises on lui a accordé sa sortie, et dans un laps de temps relativement court. On conçoit que des médecins, chefs de service, ne puissent maintenir sequestré dans un asile un individu dont l'état mental est redevenu sain ; mais il me semble que la loi devrait venir en aide aux médecins, surtout lorsqu'un intérêt social le commande. Or cette nécessité s'accuse au premier chef, en face de certificats établissant que l'individu, ancien alcoolisé, s'alcoolisera de nouveau, recommencera ses actes délictueux, et sera repris des mêmes impulsions dangereuses.

Je voudrais, en résumé, la disposition suivante : *Tout individu qui, ayant commis un délit ou un crime, aura été reconnu aliéné, ne pourra sortir de l'asile ou de la maison de santé, qu'après une expertise médico-légale ordonnée par l'autorité judiciaire. En tout cas, il sera maintenu dans l'asile ou la maison de santé pendant un temps au moins égal au temps de prison auquel il aurait été condamné.*

Telle est la première modification que je voulais vous présenter, relativement à la loi de 1838.

2° Il y a un second désidératum de cette loi relative aux aliénés ayant eu une ou plusieurs rechutes. Concevez l'intérêt puissant qu'a la société à éviter les sequestrations arbitraires, et il est tout naturel qu'elle cherche à s'entourer à cet égard de toutes les garanties possibles : de là toutes les difficultés qui régissent le placement d'une personne aliénée dans un asile; je parle des établissements publics seulement, car l'entrée dans les asiles privés n'est pas soumise aux mêmes formalités. Ces formalités, dis-je, sont nombreuses ; laissez-moi vous les énumérer :

1° Certificat du médecin appelé à visiter le malade ;

2° Présentation de ce certificat au commissaire de police du quartier ;

3° Enquête du commissaire,— faite d'après le rapport du médecin ;

4° Envoi de l'aliéné au Dépôt de la préfecture de police ;

5° Séjour au Dépôt de la préfecture pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, puis examen médical par un médecin du Dépôt ;

6° Transfert au bureau central de répartition, séjour pendant un temps variable ;

7° Transfert de l'aliéné dans un service définitif.

Ces diverses formalités, ces séjours en divers endroits, durent au moins huit jours. La loi veut qu'il en soit ainsi, et elle a raison, lorsqu'il s'agit d'une personne à placer pour la première fois. Cela est juste, utile et nécessaire. Mais lorsque cette personne a déjà été placée, ou qu'elle a fait un séjour plus ou moins prolongé dans un asile spécial, ou qu'elle en est à la 2e ou 3e rechute, lorsqu'enfin la certitude de la folie est absolument établie, et qu'il n'y a plus à craindre de séquestration arbitraire, ne vous semble-t-il pas qu'on pourrait éviter à l'aliéné et à sa famille le supplice de ces longues et pénibles formalités. C'est pour eux une véritable calamité : Voyez-vous ces malheureux, pauvres pour la plupart, obligés de quitter leur travail quotidien et de perdre un temps qui leur est précieux, pour courir d'établissement en établissement et recommencer la série des formalités légales, exposés quelquefois aux mauvais traitements du malheureux parent qu'ils traînent avec eux, pendant que celui-ci ne trouve dans tout ce qui l'entoure que nouveaux sujets d'excitation, que matière à des conceptions délirantes nouvelles. Combien de fois ai-je pu observer des individus qui, conduits comme aliénés au dépôt de la préfecture, en étaient sortis l'esprit plus troublé, se croyant coupables parce que le dépôt est dans l'enceinte d'une prison et s'accusant eux-mêmes de méfaits les plus graves. En outre, si la perte de temps est onéreuse pour la famille, elle est également très nuisible aux intérêts du malade. Il en résulte en effet un grand retard

dans l'application du traitement, qui, administré dès les premières phases de l'accès, pourrait avoir un effet plus immédiat et plus certain, pourrait même empêcher certaines lésions qui se produisent rapidement dans le système nerveux central.

Pour cette seconde modification à apporter à la loi de 1838, je voudrais donc que : *Tout individu déjà interné une un plusieurs fois dans un établissement d'aliénés pût, en cas de récidive ou de rechute, être reçu dans le même établissement, sur le simple certificat d'un médecin, visé par le maire ou par le commissaire de police du quartier.*

En résumé, Messieurs, les deux modifications que je voudrais voir apporter à la loi de 1838 seraient les suivantes :

1° *Tout individu qui, ayant commis un délit ou un crime, aura été reconnu aliéné, ne pourra sortir de l'asile ou de la maison de santé, qu'après une expertise médico-légale ordonnée par l'autorité judiciaire. En tout cas, il sera maintenu dans l'asile ou la maison de santé pendant un temps au moins égal au temps de prison auquel il aurait été condamné.*

2° *Tout individu déjà interné une ou plusieurs fois dans un établissement d'aliénés peut, en cas de récidive ou de rechute, être reçu dans le même établissement, sur le simple certificat d'un médecin, visé par le maire ou par le commissaire du quartier.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 *décembre* 1881.— *Présidence de* M. DE SAINT-GERMAIN.

M. Trélat offre à la Société une thèse relatant un succès d'extirpation d'un utérus inversé par la ligature élastique (procédé de M. Périer).

M. Tillaux annonce à la Société que M. Regnault envoie à tous les chirurgiens un mémoire sur le chloroforme et sur les moyens de le purifier.

DE LA COLOTOMIE LOMBAIRE. — *M. Tillaux* prend la parole à propos de la récente communication de M. Trélat sur la colotomie lombaire. Il partage entièrement son opinion sur l'utilité et les avantages de cette opération, surtout si on la compare à la colotomie iliaque. Elle est plus difficile à faire, mais plus inoffensive.

C'est une ressource ultime dans le cancer du rectum, mais elle est surtout utile dans le cas de rétrécissement non cancéreux. Il cite le cas d'un malade, âgé de 20 ans, venu dans son service en 1879 pour un rétrécissement du rectum, consécutif à une rectite inflammatoire : le rétrécissement était tellement étroit qu'on ne pouvait mettre le

doigt dans l'anus : il songea à l'opération d'Amussat; mais le rectum était immobilisé par du tissu cicatriciel et ne pouvait glisser ; il n'avait donc que le choix entre un anus lombaire et la méthode de Littré; il fit un anus lombaire. Très peu de temps après, le malade éprouvait le besoin d'aller à la garde-robe et il avait le temps de regagner son domicile (5 minutes environ) pour satisfaire ce besoin.

M. Després n'a jamais trouvé l'occasion de faire l'opération de l'anus contre nature ; il n'a jamais vu de cancers inaccessibles, et en poussant dans le rectum le doigt aussi avant que possible, il a toujours pénétré jusqu'au point où l'intestin est perméable. Dernièrement, il a été appelé en province pour un malade atteint de cancer du rectum et présentant des signes d'obstruction; il a pu introduire le doigt et à sa suite la main et a pu faire rendre au malade une notable quantité de gaz et de matières fécales; depuis, ce malade va bien.

Quand un malade est condamné à mourir, pourquoi lui faire courir les dangers d'une opération, surtout lorsqu'on peut le soulager autrement? Le malade de M. Tillaux rendait des gaz par l'anus; j'aurais hésité à lui faire une opération; j'aurais essayé de la dilatation, qui réussit toujours avec du temps et de la patience.

M. Labbé a déjà plaidé la cause de la colotomie en 1879 à l'Académie; plus que jamais, il est convaincu de l'utilité de l'opération. Il est très étonné de l'opinion de M. Després, qui, dans une pratique chirurgicale déjà longue, n'a jamais vu un rectum suffisamment étroit pour nécessiter l'opération de l'anus contre nature. Souvent, il est vrai, on peut remédier aux accidents par la rectotomie linéaire, mais il est des cas où l'anus contre-nature est indispensable.

Dans les cas de cancer, l'extirpation, quand elle est possible, est la première chose à faire, puisqu'on peut augmenter notablement la durée de la vie des malades; quand elle n'est pas possible, on doit avoir recours à la colotomie, qui donne deux grands avantages : 1° remédier aux accidents d'obstruction; 2° faire cesser les douleurs, quelquefois très vives, qu'éprouvent certains malades.

Il préfère la colotomie lombaire à la colotomie iliaque, quoiqu'il ait fait cette dernière une fois, mais il y avait été obligé par des raisons spéciales qui ne sont pas d'ordre exclusivement chirurgical.

En résumé, il n'hésite pas à dire qu'on doit faire la colotomie lombaire quand l'extirpation ou la rectotomie linéaire ne peuvent être faites.

M. Trélat présente la malade qu'il a opérée il y a moins d'un mois; elle se porte très bien; son embonpoint est revenu; elle a dans le rectum une tumeur du volume du poing qui donnait lieu à des accidents suffisamment sérieux pour nécessiter la colotomie.

Élections. — La Société procède aux élections des membres du bureau pour l'année 1882.

Sont élus : *Président*, M. Labbé.
Vice-président, M. Guéniot,
1er *Secrétaire annuel*, M. Nicaise,
2e *Id.* M. Périer.

Sont maintenus par acclamation :
Archiviste, M. Terrier.
Trésorier, M. Berger.

P. Bazy.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 14 au 24 décembre 1881.

Courtois. De la diphthérie et de son traitement par la pilocarpine. — Augé. De l'influence de la première dentition sur le développement de la blépharo-conjonctivite. — Lavallée. De la cautérisation ignée en thérapeutique oculaire. — Rowlatt. Du cœur dans la tuberculose pulmonaire chronique. — Bertheux. Kystes muqueux des sinus frontaux. — Lesur. De la surdi-mutité.

De Séguy. Contribution à l'étude du traitement des fractures du corps du fémur par l'extension continue. — Peyraudeau. Du traitement de la diphthérie par la pilocarpine. — Dupré. Etude clinique sur les urines dans les maladies du cœur, spécialement dans les affections de l'orifice mitral. — Jacq. De l'influence de l'immobilisation sur la cicatrisation des plaies, principalement des plaies d'amputation. — Testut. De l'avancement du tendon dans le traitement du strabisme et recherches expérimentales sur la cicatrisation du tendon après son action simple et après son avancement. — Dubois. De la rétroflexion dans ses rapports avec l'arrêt d'involution de l'utérus après l'accouchement et l'avortement. — Clavelin. De la tuberculose des ganglions lymphatiques chez l'adulte. — Popu. Essai sur le rhumatisme noueux et son traitement par les eaux thermales de Plombières.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Ministère de l'instruction publique. — Sont promus :

Au grade de commandeur : M. Bertrand (Joseph-Louis-François), professeur au Collège de France, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. Officier du 14 août 1867.

Au grade de chevalier : M. Burq (Victor-Jean-Antoine), docteur en médecine depuis 1851, inventeur de la métalloscopie et de la métallothérapie ; Leudet (Lucien-Théodore), secrétaire général de la Société d'hydrologie.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont promus :

Au grade d'officier : MM. les Drs Vidal (Emile-Jean-Baptiste), médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Sébire (Auguste-Louis-Hyacinthe), vice-président du conseil général de la Manche.

Au grade de chevalier : MM. les Drs Tassy (Félix), médecin à Paris, chirurgien de la garde nationale pendant vingt-trois ans, de 1848 à 1871 ; Javelas (Auguste-César), chirurgien en chef de l'hospice de Montélimar (Drôme) ; Dufay (Jean-Charles), maire de Blois ; Touchard (François-Théodore-Auguste-Marie), maire de Sillé-le-Guillaume (Sarthe).

CONSEIL MUNICIPAL. ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le Conseil municipal de Paris a adopté, sur le rapport de M. le Dr Bourneville, la proposition de la commission du budget de l'Assistance publique pour 1882, ayant pour but d'élever, ainsi qu'il suit, les indemnités allouées aux internes en médecine des hôpitaux et hospices civils : pour les internes de première année, cette indemnité sera portée de 500 à 600 francs ; pour ceux de seconde année, de 500 à 700 francs ; pour ceux de troisième année, de 600 à 800 francs ; enfin pour les internes de quatrième année, elle sera portée de 700 à 1 000 francs.

De plus, la commission invite l'administration à examiner s'il n'est pas possible d'arriver à donner à tous les internes en médecine la nourriture en nature.

Dans cette même séance, le Conseil, s'occupant du service des accouchées chez les sages-femmes de la ville, a voté une légère augmentation de l'indemnité accordée à chaque sage-femme pour garder une femme en couches, non plus pendant neuf jours comme par le passé, mais bien dorénavant pendant dix jours. C'est dans ces conditions que l'indemnité a été portée de 50 à 60 francs. De plus, aucune accouchée ne pourra partir que sur l'*exeat* du médecin, et chaque jour en plus des dix jours réglementaires sera payé 6 francs à la sage-femme.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIe ARRONDISSEMENT vient de composer son bureau ponr l'année 1882 de la façon suivante : *Président*, Dr Gibert ; *Vice-Président*, Dr Motet ; *Secrétaire général*, Dr Mouton ; *Secrétaires annuels*, Drs Kinzelbach et Rogron ; *Trésorier*, Dr Denou.

HÔPITAUX DE PARIS. — Nous reproduisons ci-dessous les noms des chefs de service, chefs de clinique et internes des divers services des hôpitaux modifiés depuis le 1er janvier. Les noms des internes sont en italique.

HÔTEL-DIEU. — *Médecine* : M. le professeur G. Sée ; chef de clinique, M. *Talamon*, interne, M. *Capitan*. — M. Hérard, M. *Schaeck*. — M. Moutard-Martin, M. *Valude*. — M. Empis, M. *Richardière*. — M. Gallard, M. *Petit*. — M. le professeur Vulpian, M. *Merklen*. — *Chirurgie* : M. le professeur Richet ; chef de clinique, M. *Bazy* ; internes, MM. *Courtade*, *Dalché*, *Bottey*. — M. le professeur Panas ; chef de clinique, M. *Bellouard* ; internes, MM. *Bernard*, *Metaxas*, *Beurnier*. — M. Cusco, MM. *Hue*, *Chaput*.

HÔTEL-DIEU ANNEXE. — *Médecine* : M. Hutinel, M. *Barbier*. — M. Roques, M. *Renault*.

CHARITÉ. — *Médecine* : M. le professeur Hardy ; chef de clinique,

M. *Josias* ; interne, M. *Dérignac.* — M. Bernutz, MM. *Jousset, Chatellier.* — M. le prof. Laboulbène, M. *Ollive.* — M. Desnos, M. *Liandier.* — M. le prof. Peter, M. *Chauffard.* — M. Féréol, M. *Malécot.* — *Chirurgie* : M. le prof. Gosselin ; chef de clinique, M. *Henriet*; internes, MM. *Hache, Ozenne, Duflocq.* — M. Després, MM. *Boucli* et *Ladroitte.*

Pitié. — *Médecine* : M. le professeur Lasègue; chef de clinique, M. *de Beurmann* ; interne, M. *Charrin.* — M. Dumontpallier, M. *Ricard.* — M. le prof. Brouardel, M. *Siredey.* — M. Lancereaux, M. *Ménard.* — M. Cornil, M. *Babinski.* — M. Audhoui, MM. *Greffier, Didion.* — *Chirurgie* : M. le prof. Verneuil ; chef de clinique, M. *Duret*; internes, MM. *Ramonat, Leclerc, Suchard.* — M. Polaillon, MM. *Dayot, Gomot, Peltier.*

Necker. — *Médecine* : M. le prof. Potain ; chef de clinique, M. *Jean*; interne, M. *Sapelier.* — M. Blachez, M. *Darier.* — M. Grancher, M. *Netter.* — M. Rigal, M. *Boissard.* — *Chirurgie* : M. le prof Trélat ; chef de clinique, M. *Campenon* ; internes, MM. *Assaky, Barette, Coudray.* — M. Guyon, MM. *Guiard, Diéterlen, Jamin.*

Enfants malades.— *Médecine* : M. Bouchut, M. *Poupon.*— M. Labric, M. *Greffier.* — M. Archambault, M. *Thibierge.* — M. J. Simon, M. *Lacaze.* — M. Descroizilles, M. *Bolleville.* — *Chirurgie* : M. de Saint-Germain, MM. *Launois, Touaille, de Larabrie.*

Cochin. — *Médecine* : M. Bucquoy, M. *Brocq.* — *Chirurgie* : M. Th. Anger, MM. *Pillot, Marfan, Perrin.* — *Accouchements* : M. Marchand, M. *Boulland.*

Tenon. — *Médecine* : M. Gérin-Rose, M. *Luc.* — M. Straus, M. *Artaud.* — M. Rendu, MM. *Bouley, Pennel.* — M. Sevestre, M. *Gibier.*— M. Huchard, M. *Tissier.* — M. Tennesson, M. *Chéron.* — *Chirurgie* : M. Delens, MM. *Carron, Boursier, Delotte.* — M. Lucas-Championnière, MM. *Malibran, Carrel, Doyen.*

Laennec. — *Médecine* : M. Ball, M. *Bellangé.* — M. Ferrand, M. *Bodinier.* — M. Damaschino, M. *Duplaix.* — M. Legroux, M. *Barbe.* — *Chirurgie* : M. Nicaise, MM. *Uribe, Queyrat.*

Midi. — *Médecine* : M. Simonnet, M. *Gilles de la Tourette.* — M. Mauriac, M. *Pignot.* — M. Horteloup, M. *Wickam.*

Lourcine. — *Médecine* : M. Martineau, M *Hamonic.* — M. Gouguenheim, M. *Morin.* — *Chirurgie* : M. Berger, M. *Ayrolles.*

Clinique d'accouchement. — M. Depaul : chef de clinique, M. *Ribemont.*

Maternité. — M. Hervieux, M. *Marciguey.* — M. Tarnier, M. *Ollivier.*

Salpêtrière. — *Médecine* : M. le professeur Charcot, M. *Marie.* — M. Luys, M. *Revilliod.* — M. Moreau, M. *Poupinel.* — M. A. Voisin, M. *Rivet.* —M. Legrand du Saulle, M. *Legendre.* — *Chirurgie* : M. Terrillon, M. *Thoinot.*

Bicêtre. — *Médecine* : M. Debove, MM. *Broca, Wins.* — M. Falret. MM. *Courbatieu, Schachmann.* — M. J. Voisin, MM. *Bidault, Jeanselme,* — M. Bourneville, MM. *Dauge, Buret.* — *Chirurgie* : M. Gilette, MM. *Deschamps, Jacquelot, Vingeron.*

Enfants-assistés. — M. le professeur Parrot : chef de clinique,

M. *Cossy*, interne; M. *Gallois*. — *Chirurgie* : M. Guéniot, M. *Harangel*.

Incurables. — *Médecine* : M. Raymond, MM. *Brodeur*, *Dubief*. — *Chirurgie* : M. Monod, MM. *Mounier*, *Crespin*.

Beaujon. — *Médecine* : M. Millard, M. *Berthault*. — M. Guyot, M. *de Gastel*. — M. Gombault, MM. *Germond*, *Durand-Fardel* ; — M. Fernet, M. *Chantemesse*. — *Chirurgie* : M. Léon Labbé, MM. *Gendron*, *Luizy*, *Lebreton*. — M. Tillaux, MM. *Karth*, *Leprévost*, *Leval-Piquechef*.

Lariboisière. — *Médecine* : M. Jaccoud. M. *Schmidt*. — M. Siredey, MM. *Martinet*, *Œttinger*. — M. Proust. MM. *Guinard*, *Cochez*. — M. C. Paul, M. *Boiteux*. — M. Bouchard, M. *N*.... — M. Duguet, M. *Delpeuch*. — *Chirurgie* : M. le prof. Duplay, MM. *Trousseau*, *Michaux*, *Defontaine*, *Barbulée*. — M. Benjamin Anger, MM. *Morel-Lavallée*, *Proust*, *Bourdel*.

Saint-Louis. — *Médecine* : M. le professeur Fournier : chef de clinique, M. *Barthélemy*; interne, M. *Méricamp*. — M. Laillet : M. *Dauchez*. — M. Vidal, M. *Thuvien*. — M. E. Besnier, M. *Séné*. — M. Ollivier, MM. *Lecoq*, *Jouin*. — *Chirurgie* : M. Péan, MM. *de Brun du Boisnoir*, *de Langenhagen*, *Gueilliot*. — M. Ledentu, MM. *de la Personne*, *Pousson*, *Binet*.

Trousseau. — *Médecine* : M. Bergeron, M. *Morey*. — M. Triboulet, M. *Frémout*. M. Cadet de Cassicourt, M. *Broussin*. — *Chirurgie* : M. Lannelongue, MM. : *Walther*, *Berne*.

Maison de santé. — *Médecine* : M. E. Labbé, M. *Lavergne*. — M. Lecorché, M. *de Gennes*. — *Chirurgie* : M. Cruveilhier, M. *Brossard*, *Jardet*. — M. M. Sée, MM. N..., V...

Saint-Antoine. — *Médecine* : M. Mesnet, M. *de Molènes*. — M. Hallopeau, M. *Tuffier*. — M. Dujardin-Beaumetz, M. *Auvard*. — M. Hayem, M. *Giraudeau*. — M. d'Heilly, M. *Meunier*. — M. Dieulafoy, M. *Seyer*. — M. Gouraud, M. *Lejard*. — *Chirurgie* : M. Terrier, MM. *Verchère*, *Damalix*, *Gilson*. — M. Périer, MM. *Gautiez*, *Bonnaire*, *Catuffe*.

Ménages. — M. Quinquaud, M. *Phocas*.

Sainte-Périne. — M. Landrieux, MM. *Condoléon*, *Largeau*.

Bulletin de la mortalité *du* 22 *au* 29 *décembre* 1881. — Fièvre typhoïde, 25. — Variole, 9. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 62. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 12. — Autres affections générales, 69.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 61.

Bronchite aiguë, 53. — Pneumonie, 87. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 22; inconnu, 4. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 107; l'appareil circulatoire, 70 ; l'appareil respiratoire, 82; l'appareil digestif, 54 ; l'appareil génito-urinaire, 26 ; la peau et du tissu lamineux, 8; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 23. — Causes non classées, 3. — Nombres absolus de la semaine, 1.092.

Résultats de la semaine précédente : 1.088.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, Succ', imp'. de la F' culté de médecine r. M'-le-Prince 31.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 2 JEUDI 5 JANVIER 1882.

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 »
UNION POSTALE... 18 »
PAYS D'OUTRE-MER. 20 »

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire.—Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 2. Jeudi 5 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 4 janvier 1882.

La transmission des pouvoirs présidentiels, à l'Académie, s'est faite dans la séance d'hier. M. Legouest, en quittant le fauteuil, a prononcé le discours traditionnel sur les travaux de l'assemblée pendant l'année dernière, sur les pertes subies par l'Académie et sur les nouveaux membres qu'elle s'est adjoints. Ce discours, plein de tact et d'esprit, a valu à son auteur des applaudissements mérités.

M. Gavarret, en prenant possession de la présidence, a raconté la visite faite par l'Académie à M. Paul Bert, non pas au jour de l'an, mais lors de l'installation toute récente du nouveau ministre. M. Gavarret a reproduit les doléances que tous ses prédécesseurs ont présentées à tous les ministres : l'Académie possède une installation déplorable et qui n'est nullement en rapport avec la dignité de l'Assemblée et les services qu'elle rend constamment. La question cependant a fait un pas : il existe un projet ; de là à l'exécution il y a loin encore, mais M. Paul Bert espère bien, a-t-il dit, ne pas léguer à son successeur la tâche que ses prédécesseurs lui ont transmise.

M. Depaul a communiqué à l'Académie une note de M. Dubreuilh (de Bordeaux), relative à un nouveau cas de cow-pox spontané. M. Dubreuilh a pu constater ce cow-pox chez une vache dans un petit village de la Gironde. Plusieurs génisses ont été successivement inoculées, l'une d'elles a été envoyée à M. Depaul et déposée dans un local spécial où elle va servir à régénérer le vaccin de l'Académie.

M. Foville, inspecteur général des asiles d'aliénés, a fait une très intéressante communication sur les nouveaux asiles écossais, ces asiles à portes ouvertes dont M. le professeur Ball parlait récemment dans une leçon publiée ici même. Ce système paraît difficilement applicable en France, mais notre pays, où Pinel a eu la gloire de faire tomber les chaînes des aliénés, se doit à lui-même d'étudier une réforme qui permettra peut-être de donner à ces pauvres malades une plus grande somme de liberté et de bien-être.

— Par décret en date du 2 janvier 1882 rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, il est créé, à la Faculté de médecine de Paris, une chaire de clinique des maladies du système nerveux. Par un autre décret de la même date, M. Charcot, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies du système nerveux (chaire nouvelle).

HOPITAL LAENNEC. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR BALL.

Un cas d'hémiglossite,

Par M. Georges THIBIERGE,
Interne des hôpitaux.

L. M..., âgée de 23 ans, infirmière du service, d'une constitution légèrement strumeuse, a été atteinte au mois de mars 1880, pour la première fois, d'une inflammation de la langue limitée à sa moitié droite, affection pour laquelle elle a été soignée par M. Ferrand. Après avoir éprouvé, pendant quatre ou cinq jours, un malaise général, elle ressentit dans la nuit des douleurs très vives dans la moité droite de la langue et dans l'oreille du même côté et, le lendemain, au réveil, elle avait une tuméfaction considérable de cette partie de la langue, avec impossibilité d'ouvrir la bouche et d'avaler. Les douleurs persistèrent pendant une quinzaine de jours, puis disparurent ; depuis lors, la moitié droite de la langue est toujours restée un peu tuméfiée, mais sans être douloureuse.

Le 19 août 1881, cette fille, qui n'avait éprouvé aucun malaise les jours précédents, se sent un peu souffrante en se réveillant, éprouve quelques douleurs dans la gorge et dans la moitié droite de la langue. Dans la matinée, elle est prise d'un violent frisson et ressent en même temps une douleur vive dans la bouche et dans la gorge, la parole et la déglutition deviennent impossibles, la malade ne peut même pas ouvrir la bouche.

Dans la journée, elle prend un vomitif qui n'est avalé qu'avec beaucoup de peine ; les vomissements sont difficiles par suite de la gêne des mouvements de la mâchoire et du gonflement de la langue.

Au moment de la visite du soir, la malade a une fièvre assez intense (T. 38,8), le visage est rouge, la parole presque impossible ; la bouche entrouverte laisse écouler constamment une certaine quantité de salive ; le bord droit de la langue vient faire saillie entre les dents qui y marquent leur empreinte ; on ne parvient qu'avec beaucoup de peine à écarter les arcades dentaires et à abaisser la pointe de la langue qui est tuméfiée et arrondie ; l'organe est le siège d'une tuméfaction occupant sa moitié droite : par suite, celle-ci est refoulée vers la gauche et remplit la plus grande partie de la bouche ; la muqueuse linguale est à peine rouge, ne présente pas d'enduit, sauf en un point qui est le siège d'une tuméfaction plus considérable : cette saillie occupe presque la ligne médiane, est de forme arrondie et recouverte d'un enduit épais, blanchâtre. La déglutition est à peu près impossible. La respiration est un peu embarrassée, sans augmentation de sa fréquence. La malade se plaint de douleurs occupant la partie droite de la langue, la région sous-maxillaire droite : cette dernière est un peu empâtée. (Sinapismes sur le cou.)

Le lendemain 20, la gêne de la parole persiste. Les douleurs sont toujours vives dans la langue ; de plus, la malade se plaint aujourd'hui de douleurs dans l'oreille droite : ces douleurs sont profondes; la pression en avant ou en arrière du pavillon de l'oreille ne provoque aucune sensation douloureuse. La langue, toujours saillante entre les arcades dentaires, n'est bien nettement tuméfiée que dans sa moitié droite, qui remplit tout l'espace compris entre les deux maxillaires ; le bord droit arrondi présente l'empreinte des dents ; la muqueuse est recouverte, dans toute son étendue, d'un léger enduit blanchâtre, sauf dans le point voisin de la ligne médiane, qui paraît le siège d'une tuméfaction plus considérable et où l'enduit, faisant défaut, laisse voir des papilles tuméfiées et non ulcérées. Le doigt, introduit dans la bouche, constate que la tuméfaction existe aussi au niveau de la partie postérieure de la moitié droite de la langue, que cet organe a une consistance un peu molle, sans fluctuation. Les liquides ne peuvent être introduits dans la bouche qu'en les faisant couler par la commissure gauche, leur contact avec la langue augmente les douleurs et leur déglutition est presque impossible : aussi la soif. qui est vive, ne peut être satisfaite. Salivation assez abondante. La pression sur la langue est douloureuse. Céphalalgie assez intense. Fièvre le soir (T. 39°). (Eau de guimauve et de pavot pour se laver la bouche.)

Le 21. L'état de la malade ne s'est pas modifié sensiblement. On voit apparaître des vésicules d'herpès sur les deux lèvres et des deux côtés de la ligne médiane. T. M. 38°, S. 38,6.

Le 22. La salivation a beaucoup diminué, la déglutition est plus facile, ainsi que l'ouverture de la bouche. La langue a un peu diminué de volume ; il est facile de constater que la tuméfaction s'arrête nettement sur la ligne médiane, qui est marquée par un épais bourrelet formé par la partie enflammée. L'enduit blanchâtre persiste, les papilles de la moitié droite de la langue sont plus larges que celles de la moitié gauche. La douleur locale persiste toujours avec exacerbation la nuit ; la douleur d'oreille a disparu. T. M. 38°, S. 39,2.

Le 23. La déglutition est facile, les douleurs peu intenses occupent toute la moitié droite de la langue, sans point maximum. Le gonflement de la langue diminue, mais il reste toujours, près de la ligne médiane, un point où il est plus considérable. T. M. et S. 38°.

Le 24. Les douleurs sont plus vives ; elles s'étendent depuis l'oreille jusqu'à la région sous-maxillaire, irradient aussi vers la partie gauche de la langue ; elles ont des exacerbations très intenses. La gêne de la déglutition et de la parole, la constriction des mâchoires ont reparu, la salivation est abondante. La tuméfaction de la langue n'a pas augmenté. T. M. 38°, S. 38,6. (Injection de morphine. Potion à la teinture de gelsemium, lavement de chloral.)

Le 25. La langue a de nouveau augmenté de volume, sans être redevenue aussi grosse qu'au début. Les autres symptômes et surtout la douleur ont subi une aggravation très notable.

On applique, sur la région sous-maxillaire droite, quatre sangsues qui produisent une diminution considérable de la douleur et de la gêne de déglutition. T. M. 39°, S. 38,6.

Le 26. La malade ne souffre presque plus, la douleur d'oreille a disparu : le gonflement de la région sous-maxillaire a diminué, et on peut sentir à ce niveau deux ganglions tuméfiés. La langue a un peu diminué de volume, la moitié droite dépasse le niveau de la moitié gauche et forme, en s'élevant au-dessus de la ligne médiane, une sorte de gouttière avec la partie saine ; à ce niveau, les papilles sont volumineuses. La langue n'est pas douloureuse à la pression. T. M. 37,2, S. 37,4.

Le 28. Les douleurs ont entièrement disparu, la déglutition n'est plus gênée et la malade peut prendre aujourd'hui, pour la première fois, des aliments solides. T. M. et S. 37,4.

Le 30. Les douleurs reparaissent, occupent le menton des deux côtés et les deux oreilles. La tuméfaction diminue. T. M. 37,6, S. 38,2.

Le 31. Les douleurs étant toujours vives, la gêne de la parole et de la déglutition se montrant de nouveau, on applique sur la région sous-maxillaire quatre sangsues qui produisent, comme la première fois, une amélioration rapide et considérable. T. M. et S. 38°.

A partir de ce moment, la tuméfaction de la langue diminue, les papilles restant toujours assez développées du côté droit et le noyau inflammatoire voisin de la ligne médiane disparaissant lentement ; mais il n'y a pas trace de suppuration ; la parole reste facile, quoique les mouvements de la langue soient un peu embarrassés ; la déglutition se fait normalement, les aliments ne provoquent plus de douleurs, les sensations douloureuses ne reparaissent pas.

La malade reprend son service le 13 septembre, conservant toujours une légère tuméfaction de la moitié droite de la langue, surtout à sa partie interne.

Cette observation nous a paru digne d'être rapportée, non seulement à cause de la rareté de l'affection, mais aussi parce qu'elle ne nous semble pas favorable à une opinion émise récemment au sujet de la nature de cette singulière inflammation limitée exactement à une moitié de la langue. On sait, en effet, que M. Noël Gueneau de Mussy, dans une intéressante note publiée par les *Archives générales de médecine* (1879), a émis cette hypothèse que l'hémiglossite ne serait qu'un trouble congestif d'origine nerveuse, qu'une sorte de trouble trophique consécutif à l'irritation de la corde du tympan. Le

savant médecin de l'Hôtel-Dieu se base, pour soutenir cette idée, sur la disposition unilatérale des lésions, et tire un argument de la douleur occupant l'oreille du côté correspondant.

Or, nous ferons remarquer que le zona, le type le mieux connu des troubles trophiques d'origine nerveuse, ne récidive que dans des cas absolument exceptionnels, tandis que, dans notre observation, nous voyons se reproduire la même affection occupant exactement le même siège, à une distance de quelques mois. Nous reconnaissons, cependant, que cet argument n'aurait qu'une bien faible valeur, à lui seul. Mais il nous semble que le début de l'affection que nous avons pu suivre exactement, est bien l'indice d'une affection inflammatoire franche, le frisson, la constriction des mâchoires sont des symptômes qui se rencontrent dans nombre de cas d'affections aiguës du pharynx et des amygdales, où le système nerveux n'intervient certainement pas, si bien que, en voyant la malade pour la première fois, nous avions cru tout d'abord être en présence d'une amygdalite aiguë.

Quant aux douleurs qui ont accompagné l'inflammation de la langue, elles nous ont paru sous la dépendance de cette dernière ; nous avons vu apparaître, au début, des douleurs occupant exclusivement la langue et les parties voisines, puis, plus tard, des irradiations se produire vers l'oreille correspondante. Lors des deux exacerbations qui ont eu lieu dans la glossite, les douleurs sont devenues plus vives, en même temps l'irradiation vers l'oreille a été plus pénible ; mais, chaque fois aussi, l'usage des saignées locales, en modérant l'afflux sanguin vers la langue, a calmé la douleur tant locale qu'irradiée, et cet effet thérapeutique rapide a semblé démontrer que la douleur avait bien son origine dans la partie enflammée : en effet, nous comprendrions difficilement l'influence que pourraient exercer, sur la névralgie de la corde du tympan, des sangsues appliquées sur la région sous-maxillaire. Au contraire, cette irradiation vers l'oreille correspondante, suivant le trajet de la corde tympanique, est un fait bien connu dans la symptomatologie du cancer de la langue ; puisque l'irritation des extrémités nerveuses, par leur mise à nu au niveau de l'ulcération du cancroïde, ou leur compression par le tissu épithélial de nouvelle formation, produit la douleur d'oreille dans le cancer de la langue, rien ne s'oppose à ce que dans la glossite elles soient douloureusement impressionnées par la tuméfaction des parties voisines et à ce que le même phénomène névralgique se manifeste dans ce cas comme dans le premier. Nous ne pouvons donc accorder, dans ce cas, la moindre valeur à la douleur d'oreille comme preuve de la nature nerveuse de l'hémiglossite.

L'opinion qui fait de l'hémiglossite un trouble de nutrition d'origine nerveuse a, il est vrai, pour elle, l'analogie avec quelques cas d'atrophie unilatérale de la langue dans certaines affections du sys-

tème nerveux et la distribution unilatérale des filets nerveux; mais cette limitation ne nous paraît pas incompatible avec l'idée d'une lésion purement locale.

En résumé, l'observation que nous venons de rapporter est un exemple d'hémiglossite à répétition, survenue sous l'influence d'une cause inconnue, peut-être du froid, comme aurait pu se produire une amygdalite chez un sujet prédisposé et paraissant indépendante de troubles nerveux. Nous ferons remarquer que, contrairement à ce qui a eu lieu dans la plupart des faits observés, l'inflammation occupait ici le côté droit de la langue.

Recherches expérimentales montrant que des causes diverses, mais surtout des lésions de l'encéphale, et en particulier du cervelet, peuvent déterminer, après la mort, une contracture générale ou locale,

Par M. Brown-Séquard (1).

Depuis longtemps, les chirurgiens militaires ont signalé un fait très singulier et jusqu'ici inexplicable. Ils ont vu des individus, tués sur un champ de bataille, conserver après la mort l'attitude qu'ils avaient au moment d'une blessure mortelle. Les exemples sont extrêmement nombreux de ces cas bizarres, dont ont parlé plusieurs auteurs, et en particulier le D[r] Weir Mitchell (de Philadelphie). Comment s'expliquer des faits qui semblent si étranges? D'après les lois ayant pour objet les relations entre l'irritabilité musculaire et la rigidité, lois que j'ai essayé d'établir dans la Leçon *Croonienne* que j'ai faite à la Société royale de Londres en 1861, il était possible d'invoquer l'état de fatigue extrême, d'épuisement du système nerveux et musculaire, chez les soldats tués sur un champ de bataille, comme participant à la production rapide d'une rigidité musculaire considérable, mais cette cause ne pouvait pas donner une explication du passage immédiat des muscles à un état de contraction capable de faire garder l'attitude des membres et du tronc existant à l'instant de la mort. On a émis la supposition qu'une hémorrhagie considérable pouvait ou devait être aussi une cause d'apparition très rapide de rigidité cadavérique dans ces circonstances. Il est vrai qu'une perte soudaine d'une quantité très grande de sang peut donner lieu à des convulsions qui, épuisant les muscles, y font bientôt apparaître la rigidité cadavérique, mais les convulsions changeraient nécessairement l'attitude de l'individu qui en serait atteint, et il faut conséquemment rejeter toute explication fondée sur l'existence d'une hémorrhagie.

Des expériences extrêmement nombreuses m'ont conduit à trouver

(1) Communication à l'Académie des Sciences.

l'explication que j'avais vainement cherchée, pendant si longtemps, à ce sujet. Ces expériences ayant un très grand intérêt physiologique, indépendamment de la lumière qu'elles jettent sur le phénomène dont j'ai parlé, je crois devoir en communiquer les résultats à l'Académie. J'ai trouvé depuis plus de huit mois que le diaphragme est quelquefois atteint d'une rigidité qui n'est pas de la raideur cadavérique, mais bien une contracture, c'est-à-dire un acte vital, soit au moment de la mort, soit après celle-ci, et j'ai souvent constaté que cette contracture peut cesser et reparaître deux, trois et même quatre fois avant l'apparition de la rigidité finale, c'est-à-dire de la raideur cadavérique proprement dite. Je me suis de plus assuré que le diaphragme est capable de se *contracturer*, non seulement après une excitation même légère de son nerf, mais aussi sans aucune excitation de cause extérieure. Il y a deux ou trois mois, j'ai trouvé que tout ce que je viens de dire du diaphragme peut avoir lieu pour les muscles du tronc et des membres. Ainsi, j'ai constaté que des membres peuvent être pris de contracture quelques minutes après la mort, que cette manifestation d'activité musculaire peut durer longtemps et passer à l'état de rigidité cadavérique, sans trace de relâchement, même pour un instant; qu'elle peut cesser de réapparaître, puis cesser encore d'une manière en apparence spontanée et enfin qu'une contracture peut se montrer pendant la vie, se continuer après la mort et passer sans s'affaiblir à l'état de rigidité cadavérique proprement dite. Ces phénomènes ne s'observent que très rarement chez des animaux que l'on tue sans les avoir préalablement soumis à certaines lésions de l'encéphale. J'ai observé les premiers faits de cet ordre après une lésion du bulbe rachidien ; mais, à ma grande surprise, j'ai trouvé récemment que c'est le cervelet qui est l'organe le plus capable de les produire. Jusqu'ici, je n'ai pas encore pu léser le cervelet dans l'une de ses masses latérales, sans voir se montrer rapidement, après la mort, une contracture intense, soit dans un membre, soit dans plusieurs ou dans tous.

Il est facile de s'assurer que la contracture qui se produit au moment de la mort ou peu après dépend de deux causes excitatrices distinctes, l'une primitive, provenant de l'encéphale; l'autre secondaire; ayant son origine dans la partie terminale des nerfs, sinon dans le tissu musculaire lui-même. Des expériences multipliées m'ont en effet montré : 1° qu'une fois établie, cette contracture ne disparaît que très rarement lorsqu'on sépare l'encéphale de la moelle épinière en coupant celle-ci près du bulbe; 2° que dans la majorité des cas la contracture ne se modifie en rien après qu'on a coupé tous les nerfs d'un membre raidi. Déjà en 1875 j'avais trouvé que, chez des chiens atteints de contracture presque universelle ou localisée dans un membre à la suite de cautérisation de la surface cérébrale par un

fer chauffé au blanc, on peut couper la moelle épinière en travers, près du bulbe, sans faire disparaître la rigidité musculaire. Il est clair, conséquemment, que dans ces expériences, bien que la cause première soit dans une irritation encéphalique, ce n'est pas cette irritation qui fait durer le phénomène. De plus, lorsqu'on a coupé tous les nerfs d'un membre, il est évident que la persistance de la contracture ne peut dépendre que des nerfs eux-mêmes, de leurs plaques terminales ou du tissu musculaire. Je n'examinerai pas aujourd'hui de laquelle de ces trois parties provient l'irritation secondaire qui maintient les muscles en état de contracture.

Il importe d'ajouter que l'espèce de contracture dont je m'occupe et qui est incontestablement un acte vital, bien qu'il ait lieu après la mort, peut subvenir tardivement après celle-ci, soit dans le diaphragme, soit dans les membres. Elle peut apparaître alors que depuis quelque temps déjà toute excitabilité a disparu dans le centre cérébro-rachidien, mais elle ne se montre jamais après que les nerfs moteurs ont perdu leur excitabilité. J'ai vu cette contracture survenir, dans quelques cas, chez des animaux tués par ouverture du thorax et qui n'avaient eu aucune lésion organique de l'encéphale, mais chez lesquels des causes diverses avaient modifié les propriétés de ce grand centre nerveux. Parmi ces cas, d'ailleurs très rares, j'en signalerai un dans lequel de l'éther sulfurique avait été injecté sous la peau, et un autre, si remarquable, qu'il mérite une mention spéciale. Il s'agit, dans ce second cas, d'un cobaye qui, ayant été tué par l'ouverture du thorax, après avoir été soumis pendant dix minutes à une irritation de la peau de l'abdomen par de la moutarde, a été atteint très rapidement de contracture, dans tous les membres, dans le tronc, au cou et à la tête. En moins de six minutes après la mort, un des membres antérieurs s'était raidi, en moins de douze minutes tout le reste du corps avait acquis une rigidité extraordinaire. L'animal était mort sans convulsions et sans perte de sang, et son cœur battait encore quand la contracture s'est montrée. Il n'était donc pas dans les conditions que l'on constate lors de l'apparition d'une rigidité cadavérique hâtive, et c'était bien une contracture qui s'était établie dans tout son système musculaire.

Conclusions. — De ces faits, je crois pouvoir conclure : 1° qu'une contracture véritable peut survenir un certain temps après, aussi bien que quelque temps avant la mort, et que cette contracture peut durer longtemps et passer à l'état de rigidité cadavérique ou disparaître complètement et permettre alors de reconnaître la persistance de l'irritabilité musculaire ; 2° que des diverses parties de l'encéphale, celle qui a le plus de puissance pour produire de la contracture après la mort, est le cervelet ; 3° que la conservation de l'attitude qu'ils avaient avant la mort et que l'on a observée chez des soldats tués

sur un champ de bataille, dépend non d'une apparition soudaine de la rigidité cadavérique, mais de la production d'une contracture véritable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 3 janvier 1882. — *Présidence de* MM. LEGOUEST *et* GAVARRET.

La CORRESPONDANCE OFFICIELLE comprend une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, demandant à l'Académie de lui envoyer l'état des médecins qui, depuis plusieurs périodes décennales, sont morts ou ont été blessés, en faisant des expériences ou en se dévouant dans l'intérêt public.

La CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE comprend des lettres de candidature de MM. Bouchard, pour la section de pathologie médicale, Farabeuf pour la section d'anatomie et de physiologie, et Picot (de Bordeaux), pour la classe des membres correspondants nationaux.

M. Panas présente de la part de M. Coursserant, un ophthalmoscope à deux observateurs. (V. *France médicale*, 1881, t. II, p. 722.)

M. Guéneau de Mussy présente une brochure intitulée : Contribution à la pathologie du goitre exophthalmique. Chez quatre de ses malades, M. Guéneau de Mussy a constaté de l'adénopathie trachéo-bronchique avec de l'engorgement des ganglions cervicaux; chez un autre il y avait de la mélanodermie; chez deux de ses malades, il y avait des mouvements choréiformes limités à un côté comme le goitre lui-même.

M. Léon Colin présente, de la part de M. Sorel, médecin major de première classe à l'hôpital militaire de Constantine, un travail intitulé : Recherche du diabète chez les paludiques, résultats négatifs. Malgré ces résultats, M. Sorel ne donne pas de conclusions définitives. Il annonce prudemment de nouvelles recherches.

M. le président Legouest, avant de quitter le fauteuil de la présidence rend un compte sommaire des travaux de l'assemblée dans l'année qui vient de s'écouler. Il rappelle la perte de MM. Littré, A. Moreau, M. Raynaud, Bouilland, Briquet, et souhaite la bienvenue aux nouveaux membres que l'Académie s'est adjoints, MM. Cusco, Besnier, Baudrimont, Marjolin; puis il invite M. Gavarret à prendre place au fauteuil.

M. le président Gavarret propose à l'Académie de voter des remerciements au président sortant, M. Legouest. Il raconte la visite faite récemment par l'Académie au ministre de l'instruction publique, et invite M. Hardy, élu vice-président, à prendre place à côté de lui.

UN CAS DE COW POX SPONTANÉ. — *M. Depaul.* Il y a quelques

jours, M. Depaul recevait de M. Dubreuilh, de Bordeaux, une lettre par laquelle celui-ci disait comment il avait été mis sur la voie du cow-pox spontané. M. Dubreuilh a fait inoculer plusieurs génisses avec le cow-pox; il a remis une note que M. Depaul communique à l'Académie.

M. Landeau, de Eysines (Gironde), reçut un jour à sa consultation un cultivateur du village de La Foret qui avait sur les mains et sur la face une éruption qu'il disait tenir de sa vache. Le 11 novembre, cet homme a commencé à voir se développer ces pustules. La vache, âgée de 11 ans, offrait une éruption très caractérisée, disséminée sur les trayons et sur les mamelles. Les croûtes ressemblaient à des croûtes de variole; elles furent placées entre des plaques de verre et remises à M. Dulu, vétérinaire du département.

Des inoculations furent pratiquées avec le vaccin sur une génisse. La génisse ne présenta aucun symptôme de fièvre. Dans la soirée du troisième jour, on constatait autour de chaque piqûre une auréole rouge. Le quatrième jour, dans la soirée, il se forma une accumulation de sérosité sur plusieurs des points irrités; mais ce n'est guère que le cinquième jour que l'on put être certain que l'on avait affaire à la transmission du cowpox. Le 19 décembre, des membres délégués par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux vinrent visiter la génisse. Il fut décidé que l'on procéderait à l'inoculation d'une seconde génisse. Mais celle-ci cassa la corde qui la retenait et lècha ses pustules pendant toute la nuit. Cependant ces pustules se développèrent en partie le septième jour.

Le dimanche, 11 décembre, on inocula une troisième génisse avec la sérosité des pustules de la seconde. Les onze piqûres donnèrent onze pustules.

M. Dubreuilh a envoyé à M. Depaul une génisse inoculée qui est actuellement déposée dans un local spécial de l'Académie.

M. Depaul rappelle qu'il y a dix-sept ans il a fait, en son propre nom, une communication de ce genre à propos de la découverte du cow-pox de Beaugency.

Des asiles aux portes ouvertes en Ecosse. — M. Foville vient de visiter en Ecosse quelques-uns des asiles dits à portes ouvertes. Le système du no restraint est devenu un article de foi pour la plupart des aliénistes anglais. Le but de tous ces efforts est d'écarter de la vue du malade tout ce qui peut donner l'aspect d'une prison. Les médecins écossais n'ont pas eu dès le début l'idée de créer un système nouveau, mais ils en sont venus peu à peu à formuler une théorie complète.

Les malades sont employés à divers travaux industriels ou agricoles, mais à ce sujet la France n'a rien à envier aux pays étrangers.

Ce qui distingue surtout les asiles d'Ecosse c'est la suppression de

toute entrave et la disparition des cours fermées. On aborde donc, sans rencontrer aucune clôture, au centre des asiles, et jusque dans les quartiers des malades sans rencontrer aucune serrure fermée.

Il ne faudrait pas croire que les malades sont complètement libres d'aller où bon leur semble. Chaque surveillant doit étudier plus complètement les malades qui lui sont confiés, et redoubler de soins et de vigilance, puisque l'influence qu'ils peuvent prendre sur eux est leur seul moyen de les maintenir. Dans aucun autre établissement on ne voit plus d'ordre et plus de tranquillité.

Cependant les aliénistes anglais repoussent presque tous le système de leurs confrères écossais. Ils disent que remplacer les murailles de pierre par des murailles humaines, ce n'est pas un progrès, car ces murailles de passives peuvent devenir actives. D'autre part, disent-ils, les aliénés écossais sont beaucoup plus calmes, beaucoup plus apathiques que les aliénés anglais auxquels ce système ne serait nullement applicable.

Ce système ne paraît pas pouvoir s'acclimater en France ; mais il provoquera des travaux et des recherches et dans notre pays qui a eu la gloire de voir naître Pinel, il conduira sans doute à laisser une plus grande somme de liberté à l'aliéné.

RAPPORT SUR LE CONCOURS DU PRIX VUILFRANC GERDY.—*M. Constantin Paul.* Par suite du legs Vuilfranc Gerdy, l'Académie est autorisée à envoyer chaque année un stagiaire, candidat à l'inspectorat, près d'une station d'eau minérale. Le seul candidat qui s'était présenté, M. Fraisse, à été nommé.

M. Depaul. La création de ce prix parut présenter beaucoup de difficultés dès l'origine ; on l'a mis à l'épreuve pour rendre hommage à la mémoire de Gerdy. Il est déplorable de voir pour trois places un seul candidat.

M. le secrétaire perpétuel déplore comme M. Depaul la pénurie des candidats ; mais actuellement des étudiants se préparent pour ce concours, et on espère que l'an prochain il y en aura quatre, cinq ou six.

RAPPORT SUR LES EAUX MINÉRALES. — M. Jules Lefort lit sur deux demandes en autorisation d'exploiter des sources d'eaux minérales un rapport dont les conclusions sont adoptées.

La séance est levée à 5 heures.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 24 au 30 décembre 1881.

BERTREUX. Des éruptions cutanées dans l'ictère. — ROMASCU-LÉONIDAS. Essai sur la hernie lombaire. — VERNIER. De la blépharite ciliaire. — REYNAUD. Des érythèmes polymorphes dans la fièvre typhoïde. — AUBRY. Contribution à l'étude des varices abdominales chez l'homme. MADEC. Des abcès du sinus maxillaire. — DAMÉE. De l'ongle incarné

et d'un procédé spécial d'opération. — GRÉGOIRE. Auscultation de la voix aphone chez les tuberculeux. — CARAFY. Etude sur le traitement des fractures indirectes récentes du rachis. — SAVARD. Des myélites syphilitiques. — AUDIGÉ. Contribution à l'étude du traitement de l'inversion utérine chronique. — INGIGLIARDI. Contribution à l'étude des propriétés thérapeutiques de l'essence de térébenthine administrée en petites doses. — GUITTER. Des cirrhoses mixtes. — LALLEMENT. Etude sur l'anatomie et la pathologie des ligaments larges. — VINCENT. Influence de la température de la mère sur la vie du fœtus. — FERRAND. Contribution à l'étude des épanchements séreux de la plèvre dans leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire. — JACQUES. De l'intoxication dans les manufactures de tabac. — FORT. Des combinaisons chimiques du phosphore et de l'essence de térébenthine, déductions physiologiques et cliniques. — COURTOUX. De la rétroversion utérine; son traitement mécanique. — COMBY. De l'empyème pulsatile.

NOUVELLES

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Au grade de chevalier* : MM. Guillemin (Henri-François-Victor-Edmond), médecin-major de 1re classe (division de Constantine), 20 ans de services, 6 campagnes; Breton (Emile-Jean), médecin-major de 2e classe (division d'Alger), 19 ans de services, 9 campagnes.

ECOLE PRATIQUE. *Cours de gynécologie.* — M. le Dr CHÉRON commencera son cours de gynécologie (maladies de l'appareil utéro-ovarien) à l'école pratique de la Faculté de médecine; amphithéâtre n° 1, le samedi 14 janvier, à huit heures du soir, et le continuera les samedis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et FILS, 19, *rue Hautefeuille.*

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte. — Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud.

Le Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, se composera d'environ 35 volumes grand in-8° cavalier de 800 pages. — Tome XXXI, 1882, 1 vol. in-8° de 800 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 10 fr.

Les principaux articles du tome XXXI sont : Rein, par Labadie-Lagrave ; Résection, par Delorme ; Résorption, par Straus ; Respiration, par Mathias Duval ; Rétine, par Duval et Panas ; Révulsion, par Raynaud ; Rhumatisme, par Homolle ; Roséole, par Picot, etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Parmi les legs faits par M. Camille Godard à la ville de Bordeaux, il s'en trouve un au profit de la Faculté de médecine de cette ville.

M. Camille Godard laisse à cet établissement :

1° Une somme de cent mille francs qui sera affectée à la création d'un Jardin botanique de la Faculté ;

2° Une rente annuelle de trois mille francs pour prix à décerner aux élèves.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Succ', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 31.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 3 SAMEDI 7 JANVIER 1882.

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX

On s'abonne chez

A. DELAHAYE et E. LECROSNIER

Place de l'École-de-Médecine

PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF

Le D[r] E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS

UN AN

FRANCE............ 15 fr.

UNION POSTALE... 18 fr.

PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le D[r] E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.

Les ouvrages remis en double sont annoncés et analysés.

On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire.—Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 3. Samedi 7 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Kyste suppuré du foie, guéri après une seule ponction aspiratrice

Par H. Rendu.

Agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

Le nommé Alphonse Violeau, âgé de 29 ans, garçon boucher, est admis salle Gérando, le 24 octobre 1881. C'est un homme de taille moyenne, d'une constitution robuste, n'ayant pas d'habitudes alcooliques. La seule maladie qu'il ait contractée remonte à trois ans ; à cette date il servait en Afrique et y fut atteint de fièvres intermittentes à type tierce qui durèrent assez longtemps. Pendant les accès, il ressentait, dit-il, une douleur assez vive au creux épigastrique, mais aucune tumeur, aucun empâtement ne s'était montré à ce niveau. Nous ne trouvons non plus, dans ses antécédents, de trace de dysentérie ; il n'avait point de chien avec lui dans son domicile. En somme, nous ne constatons aucune cause capable de devenir le point de départ d'un kyste hydatique ou d'un abcès du foie.

Quinze jours avant l'entrée de cet homme à l'hôpital, il fut pris, sans cause connue, sans traumatisme appréciable, de frissons, avec malaise général, courbature, fièvre vive, douleur aiguë épigastrique. Ces phénomènes s'accompagnant d'un certain degré d'état saburral, il alla consulter un médecin qui crut à l'existence d'un embarras gastrique et lui prescrivit un éméto-cathartique. Le vomitif ne fit qu'exagérer la douleur épigastrique, et en ce moment, le malade s'aperçut d'une tuméfaction au niveau de l'hypochondre droit. Cette tumeur, très douloureuse au début, augmenta rapidement de volume : au bout d'une semaine elle était plus grosse que le poing ; mais elle était moins douloureuse, et la fièvre était complètement tombée.

Au moment de son admission, il n'y avait pas de fièvre et l'état général était bon. La tumeur avait continué à se développer ; elle atteignait à peu près le volume des deux poings d'un adulte. Siégeant au niveau du lobe gauche du foie, et empiétant un peu sur le creux épigastrique, elle se dessinait sous la forme d'une voussure arrondie, lisse, indolente. A la palpation, il était facile de se rendre compte qu'il s'agissait d'une poche liquide ; on sentait manifestement de la fluctuation. Cette fluctuation était même tellement superficielle, que l'on pouvait se demander si la collection liquide n'était pas située immédiatement au-dessous de la paroi abdominale ; mais en faisant largement respirer le malade, on constatait qu'à chaque inspiration la tumeur s'abaissait au lieu de rester immobile ; cependant, comme les déplacements de la tumeur n'étaient pas fort étendus, et que les

grands mouvements respiratoires provoquaient une certaine douleur, la démonstration d'une collection intra-hépatique n'existait pas d'une façon indiscutable. L'examen du foie ne tranchait pas non plus la question. L'organe, mesuré par la percussion et la palpation, n'était pas volumineux ; le lobe droit ne débordait pas les fausses côtes, et la tumeur, en la supposant dépendante du foie, devait être située dans le lobe gauche, au niveau du bord antérieur et de la face convexe.

Le 26 octobre, après avoir préalablement passé un bandage de corps autour de la région abdominale, une ponction est pratiquée dans la région épigastrique au niveau du ventre supérieur du muscle droit de l'abdomen, là où la fluctuation était le plus immédiatement appréciable. Cette ponction est faite à l'aide de l'aspirateur Potain, avec le trocart moyen qui sert habituellement pour la thoracentèse. Il s'écoule aussitôt un liquide épais, assez filant, composé exclusivement d'un pus brunâtre, assez analogue à celui que l'on rencontre dans les vieux abcès, sans mélange de bile ni de débris hydatiques. On retire ainsi 800 centimètres cubes de liquide. Immédiatement après l'évacuation du foyer purulent, il devient facile de sentir que la poche était bien réellement intrahépatique ; car la palpation fait reconnaître, à la place occupée par la voussure du kyste, une vaste cavité arrondie, creusée en godet dans le parenchyme du foie. Le bord libre de l'organe est très facile à sentir au-dessous de la dépression kystique. Cette constatation faite, on immobilise les anses intestinales avec une injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorydrate de morphine, et on applique sur la région du foie une feuille d'ouate maintenue par le bandage de corps. Une heure après la ponction, le malade s'endort tranquillement, et à la visite du soir M. Savard, mon interne, le trouve sans fièvre et sans douleur.

En raison de la nature purulente du contenu du kyste, nous nous attendions à voir se reproduire le liquide plus ou moins rapidement, et nous étions déterminé à ouvrir largement la poche kystique dans cette éventualité. Mais, à notre grande satisfaction, une nouvelle intervention n'a pas été nécessaire. Les jours suivants; nous constatâmes que le kyste ne se remplissait pas, et qu'il n'était le siège d'aucune douleur spontanée, ni provoquée. A aucun moment, la région épigastrique ne devint tendue ; l'appétit resta excellent, la fièvre nulle. Après avoir gardé le malade six jours au lit, et en repos absolu, nous lui permîmes de se lever. Il demeura en observation jusqu'au 12 novembre, et quitta l'hôpital en parfaite état de santé trois semaines après la ponction du kyste.

Réflexions. — Il manque à cette observation, pour être absolument démonstrative, la constatation directe de débris d'échinocoques. Nous n'avons pas trouvé, en effet, de crochets d'hydatides dans le

pus retiré par aspiration. Mais nous n'en sommes pas moins convaincu qu'il s'agissait bien d'une collection kystique intra-hépatique, et non d'un abcès sous-péritonéal correspondant à la face convexe du foie. Sans parler de la grande rareté des phlegmons sous-diaphragmatiques, comparés à la fréquence des kystes hydatiques du foie, nous croyons que le diagnostic différentiel, ici, n'était pas douteux. La tumeur était exactement circonscrite ; elle suivait les mouvements du foie; elle ne s'accompagnait d'aucun œdème, d'aucun empâtement de la paroi abdominale. Or, les symptômes inverses s'observent quand il s'agit d'une péritonite enkystée sous-diaphragmatique.

L'objection la plus sérieuse à l'idée d'un kyste hydatique consiste dans les circonstances qui ont accompagné l'apparition de la tumeur.. L'affection paraît bien avoir débuté, quelques semaines auparavant, par des frissons, de la fièvre et de la douleur épigastrique, à la façon d'un phlegmon. Mais ce début n'est pas incompatible avec l'idée du kyste. En effet, c'est à cette époque, incontestablement, qu'il faut faire remonter la date de la suppuration du kyste; mais rien ne prouve que celui-ci n'existât pas auparavant, bien qu'il n'eût trahi sa présence par aucun trouble fonctionnel. Il est très fréquent de voir des hydatides du foie rester latentes, pour le malade comme pour le médecin, jusqu'au jour où un coup, un abcès, un traumatisme quelconque, vient enflammer la poche, et donner lieu à des symptômes douloureux. Chez notre malade, nous pensons qu'il s'est passé quelque chose d'analogue. Nous ne trouvons pas, il est vrai, de traumatisme appréciable dans ses antécédents, mais cet homme, boucher de son état, portait d'habitude des fardeaux très lourds, ce qui nécessitait des efforts musculaires énergiques. Il ne nous paraît pas invraisemblable de supposer que la contraction répétée du diaphragme et des muscles abdominaux, comprimant une poche kystique évidemment très superficielle, n'ait suffi à l'enflammer et à la faire suppurer.

Si nous insistons sur le diagnostic du kyste hydatique, c'est que la terminaison, exceptionnellement heureuse, de ce cas, à la suite d'une seule ponction aspiratoire, est un fait clinique d'un grand intérêt. Il n'est pas rare, assurément, de voir guérir des kystes hydatiques par la méthode aspiratrice, lorsque les hydatides sont vivantes, le liquide exclusivement aqueux, et le parenchyme hépatique non enflammé. Mais dans les conditions inverses, quand la poche kystique a subi des irritations et que son contenu a suppuré, la reproduction du liquide est la règle, et la fièvre hectique la conséquence presque nécessaire de la suppuration. Chez notre malade. au contraire, malgré l'existence d'une collection purulente, les choses se sont comportées absolument comme dans le cas d'un kyste séreux,

et l'hydatide une fois vidée de son contenu, s'est flétrie dans sa coque sans éveiller aucune réaction locale ni générale. C'est là un résultat heureux qui doit encourager à recourir d'abord à la ponction simple, même quand il y a de grandes chances pour trouver le kyste suppuré.

Ici, l'absence de fièvre et l'excellence de l'état général constituaient des conditions particulièrement favorables, cependant la présence d'une collection suppurée ne permettait guère d'espérer qu'une seule ponction suffirait à guérir le malade.

Nous ne voulons pas terminer ces courtes réflexions sans attirer l'attention sur l'utilité du manuel opératoire à employer en pareil cas. Il faut absolument éviter le suintement du liquide du kyste dans la cavité péritonéale, et immobiliser complètement les viscères pendant quelques heures. Pour cela, il est nécessaire de disposer autour de l'abdomen le bandage de corps qui doit maintenir le pansement, avant de faire la ponction; pour plus de sûreté, je crois utile d'injecter 1 centigramme de morphine séance tenante, de façon à supprimer tout mouvement intestinal; de cette façon on évite, presque à coup sûr, les complications péritonéales.

HOPITAL DU MIDI. — SERVICE DE M. LE Dr HORTELOUP.

Observation d'uréthrorrhagie dans le cours de la blennorrhagie.

Par M. G. COLLEVILLE,
Interne des hôpitaux.

Ch... (Eugène), âgé de 20 ans, glacier, entre le 5 novembre 1881, salle 11, lit n° 5.

Antécédents. — Une première blennorrhagie en 1873. Entré à plusieurs reprises chez M. Simonnet pour chancre induré et pour accidents secondaires. Pas de traces de syphilis au moment de l'observation. Soigné à Beaujon pour une double pleurésie sèche et une laryngite simple. Aucun antécédent suspect.

Etat actuel. — Une quinzaine de jours avant son entrée dans le service de M. Horteloup, le malade a contracté une chaude-pisse avec écoulement d'un liquide verdâtre abondant et des érections nocturnes très fréquentes.

Il a pratiqué dans le canal des injections au sulfate de zinc (2 grammes pour un litre d'eau); l'écoulement était complètement arrêté après la cinquième injection.

Le 3 novembre au soir, nouveaux rapports sexuels; immédiatement après, le malade a vu du sang sortir par saccades du méat urinaire; éprouvant alors une vive sensation de brûlure au niveau du gland, de lui-même il comprime avec ses doigts cette partie de la

verge et arrête ainsi l'écoulement; il entoure extérieurement le pénis avec un tampon de linge et peut ainsi vaquer à ses occupations pendant toute la journée du 4 novembre.

A 9 heures du soir, l'uréthrorrhagie recommence et persiste faiblement pendant toute la nuit, malgré les précautions précitées. Il arrive le 5 au matin à la consultation du Midi, les cuisses et l'abdomen inondés de sang; le méat donne issue par saccades à un liquide rouge abondant; le malade est très pâle et près de se trouver mal.

La compression extérieure de la verge depuis le pubis jusqu'à la couronne du gland ne diminue en aucune façon l'intensité de l'hémorrhagie; au contraire, la pression latérale du gland en provoque l'arrêt: c'est donc à un vaisseau situé au voisinage de la fosse naviculaire qu'est dû cet accident.

A son arrivée le matin, on introduit dans le canal une sonde ordinaire, n° 14, armée d'un fosset; on entoure extérieurement la verge d'un gâteau de charpie tenu en place par une bande et l'hémorrhagie s'arrête pendant quelques heures. Le malade éprouve un besoin continuel d'uriner, il ne peut le faire que d'une façon imparfaite avec la sonde; le liquide s'accumulant finit par expulser le cathéter et avec lui un gros caillot de sang; alors émission d'urine normale et aucun accident nouveau. Le canal reste libre.

6 novembre. Le lendemain, l'hémorrhagie recommençant, on lui met une sonde en gomme, n° 17, avec les mêmes précautions.

Le 7. On la retire, l'hémorrhagie ne se montrant plus.

Il reste ainsi jusqu'au 8 novembre au soir; nouveaux accidents; on essaie d'introduire le n° 17, mais comme la lumière du canal, plus grande que le calibre de la sonde, permettait l'écoulement du sang entre elle et lui, on va jusqu'au n° 22, afin de comprimer exactement tous les points du canal uréthral; même pansement extérieur avec fixation de la sonde.

Le malade l'a gardée pendant deux jours et, depuis le 10 novembre, il ne s'est plus rien produit de nouveau.

Il est resté ainsi une huitaine de jours; il est sorti le 18 novembre complètement guéri, sans aucun reliquat de sa blennorrhagie.

Obs. II. — J... (Jules), 24 ans, marchand de sable, entre le 26 novembre 1881, salle 11, n° 4.

Blennorrhagie peu intense datant d'une quinzaine de jours. Dans la nuit du 25 novembre, immédiatement après le coït, le malade s'est aperçu que le sang coulait par saccades par le méat urinaire.

Cette uréthrorrhagie, moins intense que celle du sieur Chatillon, a duré néanmoins de 11 heures du soir à 2 heures du matin; elle s'est arrêtée à cette heure; elle a recommencé vers 6 heures du

matin jusqu'au moment de la consultation à l'hôpital du Midi. Comme dans la précédente observation, le vaisseau lésé se trouvait au niveau de la fosse naviculaire.

On lui a passé une sonde *en gomme* n° 19 et, depuis ce cathétérisme, le sang a cessé de couler. On a retiré la sonde le 27 novembre et la miction n'a été nullement entravée depuis. Aucune autre complication. Sorti guéri le 2 décembre 1881.

Réflexions. — Ces deux observations sont intéressantes à plusieurs points de vue :

1° L'uréthrorrhagie intense dans le premier cas, moindre dans le deuxième, venue à la suite du coït dans le cours d'une blennorrhagie des plus bénignes, est assez rare, puisque, dans sa nombreuse clientèle hospitalière du Midi, M. Horteloup n'a eu l'occasion de voir que ces deux cas. Les autres services du même hôpital n'ont pas eu, au moins cette année, pareille complication à signaler.

2° Sur les deux sujets observés, le foyer hémorrhagique se trouve au niveau de la fosse naviculaire.

3° L'emploi d'une sonde *en gomme* d'un calibre *suffisant* paraît devoir être préféré en pareille hypothèse à toute autre médication, parce qu'elle exerce une compression régulière et immédiate sur la muqueuse intéressée ; on peut selon les cas y adjoindre ou non la compression extérieure sur la verge.

4° M. Horteloup n'a pas eu l'occasion d'observer que, dans le cours de la blennorrhagie, le cathétérisme figurât parmi une des causes occasionnelles les plus puissantes pour étendre le champ inflammatoire et provoquer ainsi par transport des funiculites, épidydimites, etc.

5° L'injection au sulfate de zinc, dans la première observation, ne peut pas être accusée d'avoir provoqué l'hémorrhagie, puisqu'elle n'existe pas dans le deuxième cas.

6° Toutes ces remarques sont un motif de plus pour insister auprès des malades porteurs de blennorrhagie, si peu importante qu'elle soit d'ailleurs, pour qu'ils évitent dans le cours de cette affection tout rapprochement sexuel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 *janvier* 1882. — *Présidence de* M. de Saint-Germain.

De la colotomie lombaire. — *M. Verneuil,* faisant allusion à la communication de M. Tillaux, qui avait dit que, chez son malade, il n'avait que deux ressources, l'anus contre nature suivant la méthode de Littre ou suivant celle de Callisen, répond qu'il en est une

troisième que M. Trélat a oublié de signaler : c'est la rectotomie linéaire, qui est précisément applicable aux cas analogues à celui de M. Tillaux et est alors préférable à toutes les autres méthodes.

Dans tous les cas, elle peut être mise en parallèle avec les méthodes de Littre et de Callisen.

Un obstacle trop haut placé ou trop étendu nécessitera évidemment l'opération de l'anus artificiel, à moins que le malade ne soit cachectique, auquel cas il meurt, car il faut le plus possible opérer de bonne heure comme le font les Anglais, et c'est ce qui explique leurs nombreux succès.

Cette opération ne doit être tentée que quand il existe des accidents dus à la rétention ; on a alors le plus grand soulagement possible. Dans le cas où les accidents sont la conséquence de la tumeur, et non de la rétention, le résultat est de beaucoup moins bon ; il faut donc s'efforcer de faire le départ des douleurs appartenant au cancer de celles qui résultent de la rétention ; c'est dans ces dernières circonstances que la rectotomie ou la colotomie donne les meilleurs résultats, procure un soulagement complet et permet au malade de mourir sans souffrance.

Le choix de la méthode de colotomie n'est pas indifférent. Peu importe le point où l'on rencontre les matières fécales ; la méthode de Littre est plus facile, et chez les hommes gras la méthode de Callisen peut donner lieu à une infiltration des matières fécales ; ce point est encore secondaire. Le choix de la méthode doit reposer sur le siège de l'obstacle ; la méthode doit être rejetée toutes les fois qu'on risque de tomber sur la tumeur ; elle doit être faite dans tous les autres cas, parce que, dans la méthode de Callisen, on laisse, entre l'anus normal et l'anus artificiel, un réservoir où les matières fécales peuvent s'accumuler et donner lieu à des accidents,

En résumé, quand elle est possible, la rectotomie linéaire est supérieure à tout. Quand la lésion remonte trop haut, il faut alors s'adresser à l'une ou l'autre méthode de colotomie, si l'état général le permet. Le choix de la méthode doit être basé sur ce principe qu'on doit, tout en restant au-dessus de la tumeur, s'éloigner le moins possible de l'orifice naturel.

M. Pozzi rappelle un cas qu'il a présenté à la Société clinique et qui prouve que M. Després avait tort l'autre jour en disant que la dilatation était toujours possible, et que c'est à elle seule qu'on doit avoir recours, car chez ce malade les tentatives de dilatation furent impuissantes et devinrent bientôt insupportables ; la rectotomie étant impuissante, il dut faire la colotomie ; il a remarqué que le bol fécal très dur, qui existait dans le bout inférieur de l'intestin, donnait lieu à des douleurs vives, et il dut employer des siphons d'eau de Seltz pour le désagréger et le faire évacuer. Du reste, le malade vé-

cut cinq mois, ayant repris, quoique très épuisé, un semblant de vitalité, et il s'éteignit sans souffrance.

M. Tillaux répond à M. Desprès qui lui avait reproché d'avoir opéré son malade trop tôt, qu'avant l'opération il avait essayé par tous les moyens de faire la dilatation et qu'il avait échoué.

M. Trélat, à propos de l'erreur, signalée par M. Tillaux, que peut faire commettre le carré des lombes, rappelle qu'il avait insisté sur ce point que le muscle est rouge, la graisse est jaune, l'intestin est blanchâtre, avec des teintes plus ou moins variées.

Répondant à M. Desprès, qui avait prétendu que jamais l'occasion ne s'était présentée pour lui de faire la colotomie, il dit que l'assertion ne signifie rien ; ce qui ne s'est jamais présenté peut arriver un jour où l'autre ; il rappelle qu'il a vu, il y a déjà longtemps, un enfant de 13 ou 14 ans dont le rectum était rempli de végétations épithéliales ; après avoir pris l'avis de M. Verneuil, qui ne crut pas une opération très opportune, il jugea prudent de s'abstenir ; si c'était aujourd'hui, il proposerait la colotomie, ce qui prouve qu'il faut se méfier des doctrines toutes faites, et que les idées peuvent se modifier.

D'un autre côté, quand soit *avec des instruments* dilatateurs, soit avec le doigt, on a réussi à faire une voie aux matières fécales, vous n'apportez qu'un soulagement momentanné ; il faut ensuite recommencer et on n'est pas toujours aussi heureux, sans compter qu'on expose le malade à des accidents souvent très graves, hémorrhagies, déchirures et ouverture du péritoine. Il ne faut donc jamais dire : je ne ferai jamais l'anus artificiel ; il est des cas où il est indiqué.

Autre point : tous ceux qui ont fait des anus artificiels diront quel bien-être ressentent les malades opérés ainsi ; de plus, c'est encore prouvé par l'expérience, l'accumulation des matières dans ce bout inférieur est bien minime, et ce n'est que tous les dix ou quinze jours qu'on est dans l'obligation de les vider.

Je ne crois pas, comme l'a dit M. Verneuil, qu'il y ait une grande différence entre l'anus lombaire et l'anus iliaque au point de vue du siège ; les points que l'on ouvre sont très voisins l'un de l'autre, mais dans la colotomie iliaque, on est souvent exposé à ouvrir le petit intestin. Ce sont les inconvénients (lientérie, diarrhée constante) de l'entérotomie qui constituent la vraie raison de la colotomie lombaire, qui n'expose pas à l'ouverture de l'intestin grêle.

En résumé, contre le cancer du rectum, nous avons comme ressource :

1° L'ablation qui doit être faite aussi précoce et aussi large que possible, en respectant suffisamment les tissus sains.

2° Quand l'ablation de la tumeur est impossible, on doit avoir recours soit à la rectotomie linéaire, soit à la colotomie lombaire, soit à l'entérotomie iliaque qui ont chacune leur indication.

Voici des exemples de ces indications : Dernièrement je suis appelé en province auprès d'un homme de 66 ans, déjà cachectique, porteur d'un cancer du rectum donnant lieu à des phénomènes de rétention ; je l'examine le soir, et je ne peux trouver les limites du mal ; l'état général contre-indiquait la colotomie ; le lendemain je l'examine de nouveau, et je peux accrocher le bord supérieur de la tumeur avec deux doigts ; je fais la rectotomie linéaire. Le soulagement a été tel que, quinze jours après, le malade se croyait guéri.

J'ai fait dernièrement la rectotomie chez une femme déjà opérée deux fois par M. Gosselin et qui avait d'énormes ganglions dans les aînes ; elle était encore praticable.

Quand les limites supérieures de la tumeur ne sont pas accessibles, c'est l'anus contre nature qu'on doit faire, et alors on fait la colotomie lombaire. Si, par le palper abdominal, on constate qu'il existe une tumeur dans la fosse iliaque, et que cette tumeur persiste après l'emploi de purgatifs qui l'auraient fait disparaître si elle eût été constituée par des matières fécales, on peut se demander si on ne fera pas la colotomie lombaire droite ; si on croit que celle-ci ne sera pas facile, on fera l'entérotomie iliaque à droite, de préférence pour se rapprocher le plus possible de la fin de l'intestin grêle. Tout donc dépend des indications ; pour moi, je n'établis pas de comparaison entre ces différentes méthodes : rectotomie linéaire, colotomie et entérotomie iliaque, chacune a ses indications.

M. Després, répondant à M. Pozzi, dit que depuis onze ans il n'a jamais vu l'indication d'une colotomie ni d'une rectotomie ; il ne parle pas des rétrécissements fibreux ou cicatriciels qui tous, suivant lui, cèdent à la dilatation bien faite, mais des cancers ; chez eux aussi la dilatation suffit, mais il faut se servir de canules à extrémité perforée et les laisser toute une nuit. Dans tous les cas cités par ses collègues, il n'y a pas un seul exemple d'occlusion complète ; il n'y avait que des difficultés d'aller à la selle et du ballonnement du ventre ; il ne croit pas, dans ces cas, nécessaire d'exposer à la mort et à une infirmité dégoûtante des malades qui pourraient vivre sans opération, et auquel on peut donner du soulagement par une dilatation bien faite, aidée de bains et de purgatifs.

M. Désormeaux parle du jeune malade observé par MM. Trélat et Verneuil ; il l'a vu longtemps après eux ; il n'a pas pensé prudent de faire un anus artificiel, parce qu'il a trouvé des noyaux néoplasiques sur toute l'étendue du gros intestin.

M. Pozzi, répondant à M. Després, dit que les tentatives de dilatation avaient été faites pendant longtemps et avec les précautions dont parle M. Després ; à la fin, le malade en souffrait tellement qu'il n'en voulait plus ; du reste, le soulagement qu'elles donnaient était temporaire.

ÉLECTIONS. — M. Chauvel, membre correspondant, est élu membre titulaire.

P. BAZY.

VARIÉTÉS

Lés crustacés inférieurs distinguent-ils les couleurs? (1).

Par M. C. DE MERJKOWSKI.

Le but que je me suis proposé, dans les expériences suivantes, était de rechercher si les crustacés inférieurs se comportent de la même manière en présence de lumières de différentes couleurs, comme cela a été démontré par M. Lubbock pour les fourmis.

J'avais pour ces recherches un sujet d'examen très commode : les larves des balanus, crustacés cirripèdes. J'ai répété plusieurs de ces expériences sur certains copépodes marins (*Dias longiremis*). Dans un vase complètement obscur, ces crustacés se dispersaient de tous côtés; si, par une fente, on laissait passer de la lumière du jour, ils se rassemblaient en nuée près de cette fente. Le phénomène se répétait lorsqu'on plaçait devant la fente un liquide ne laissant passer qu'une lumière monochromatique, et quelle que fût la nature de la lumière colorée. Il ressort de ces expériences que les crustacés perçoivent toutes les couleurs, qu'ils ne sont aveugles pour aucune. C'est donc une confirmation de ce qui avait été trouvé par M. Bert chez les daphnides d'eau douce.

Mais il y avait encore une question à résoudre, celle de savoir si ces petits êtres perçoivent les lumières colorées de la même manière que nous. Afin de résoudre cette question, j'ai employé deux fentes au lieu d'une, disposées sous un angle de 40°, et à travers lesquelles je laissais passer, dans le vase obscur, des lumières de différentes natures. Voici les résultats obtenus :

1. Si on laissait passer par une des fentes la lumière blanche et par l'autre une lumière monochromatique, les crustacés préféraient toujours la première; mais, selon l'éclat de la lumière colorée, ou bien ils se rassemblaient tous devant la lumière blanche, quand la lumière colorée était rouge foncé ou violette, ou bien une petite partie se tenait aussi devant la lumière colorée, quand celle-ci était d'une nuance claire, comme le jaune, le vert, le rouge clair; la plus grande quantité préférait toujours la lumière blanche.

2. Si on laissait passer par l'une des fentes une couleur plus sombre, comme le violet par exemple, et devant l'autre une couleur plus lumineuse, comme le jaune, les crustacés préféraient toujours la

(1) Note présentée à l'Académie des sciences.

seconde, c'est-à-dire la plus lumineuse. Quand on laissait le violet, et qu'on remplaçait le jaune par le vert ou le rouge clair, le résultat était le même.

3. Si, à travers les deux fentes, on laissait passer deux rayons colorés d'une égale clarté, les crustacés se divisaient en deux parties égales, quelle que fût la nature de la coloration. Ainsi, j'ai comparé le rouge clair avec le jaune, le même rouge avec le vert, le rouge avec le bleu, le jaune avec le vert, le jaune avec le bleu et le vert avec le bleu ; la clarté étant la même, la combinaison employée importait fort peu. Mais aussitôt que les solutions devenaient d'une clarté inégale, les crustacés se partageaient en deux parties inégales; la plus grande partie se rassemblait du côté où la clarté était la plus grande.

4. Le même résultat pouvait être obtenu sans changer la concentration de la solution, mais simplement en diminuant la quantité de lumière, en tournant par exemple une des fentes du côté de la fenêtre et l'autre du côté de la chambre ; on avait alors devant la première fente toujours plus de crustacés que devant la seconde. En plaçant devant la fente tournée vers la fenêtre, et par conséquent la mieux éclairée, une solution violette, et devant la fente tournée vers la chambre, une solution jaune, on pouvait, par cette combinaison, obtenir une égale répartition des crustacés devant les deux fentes (1).

Il résulte de ces expériences que ce qui agit sur les crustacés, ce n'est point la qualité de la lumière, c'est exclusivement sa quantité. Autrement dit, les crustacés inférieurs ont la perception de toute onde *lumineuse* et de toutes les différences, même très légères, dans son intensité; mais ils ne sont point capables de distinguer la nature des ondes de différentes couleurs. Ils distinguent très bien l'intensité des vibrations éthérées, leur amplitude, mais point leur nombre. Il y a donc, dans le mode de perception de la lumière, une grande différence entre les crustacés inférieurs et l'homme, et même entre eux et les fourmis; tandis que nous voyons les différentes couleurs et leurs différentes intensités, les crustacés inférieurs ne voient qu'une seule couleur dans ses différentes variations d'intensité. Nous percevons les couleurs comme couleurs; ils ne les perçoivent que comme lumière.

(1) Les substances employées pour obtenir la lumière monochromatique étaient : pour le rouge, la fuchsine; pour le jaune, le chromate de potasse; pour le vert, le sulfate de nickel; pour le bleu, le *bleu de Naples*; pour le violet, le *violet de Parme*.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 9 au 14 janvier 1882.) — *Lundi*, 9. — Doctorat, 1er : MM. Duplay, Tillaux et Remy. — 2e : MM. Charcot, Hayem et Monod. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Potain et Budin. — 5e (Charité) : MM. Parrot. Guyon et Pinard.

Mardi, 10. — Doctorat, 1er : MM. Sappey, Ball et Marchand. — 1er : MM. Robin, Le Fort et Bouilly. — 2e : MM. Jaccoud, Peter et Humbert. — 5e (Charité) : MM. G. Sée, Pajot et Berger. — 5e (Charité) : MM. Lasègue, Panas et Charpentier.

Mercredi, 11. — Doctorat, 1er : MM. Béclard, Tillaux et Remy. — 2e : MM. Vulpian, Charcot et Terrillon. — 3e (1er nouveau mode) : MM. Regnauld, Hanriot et Bocquillon. — 5e (Charité) : MM. Guyon, Fournier, et Pinard. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Hayem et Budin.

Jeudi, 12 (Assemblée de la Faculté, à 3 heures). — Doctorat, 1er : MM. Richet, Robin et Richelot (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 4e : MM. Lasègue, Ball et Grancher.

Vendredi, 13. — Doctorat, 1er : MM. Béclard, Trélat et Reclus. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Fournier et Budin. — 5e (Charité) : MM. Charcot, Guyon et Pinard.

Samedi, 14. — Doctorat, 1er : MM. Sappey, Panas et Berger. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Hardy, Le Fort et Charpentier. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Pajot et Hallopeau.

Samedi, 14. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

Légion d'honneur. — Ont été promus :

Au grade de commandeur : MM. Molard, médecin principal de 1re classe ; Jossic, directeur du service de santé à Brest.

Au grade d'officier : MM. Reuille, médecin-major de 1re classe ; Ollivier, pharmacien principal de 1re classe ; Bréchemier, médecin en chef de l'hospice d'Orléans ; Noury, médecin en chef de la marine ; Marec, médecin de 1re classe de la marine en retraite.

Au grade de chevalier . MM. Letellier, Maurin et Deville, médecins-majors de 1re classe ; Huchard, médecin-major de 2e classe ; Mather, pharmacien-major de 2e classe ; Catelan, Éléouet, Roux, Doué, Riche, Palmade et Chéreux, médecins de 1re classe de la marine ; Thomasset, Lacroix et Chevalier, médecins de 2e classe de la marine ; Vincent, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine ; Pignet, pharmacien de 2e classe de la marine ; Romain Vigouroux, inventeur d'instruments pour le traitement électro-thérapique.

Hôpital de la Charité. — M. le Dr A. Desprès, chirurgien de l'hôpital de la Charité, professeur agrégé de la Faculté de médecine, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mercredi 11 janvier, à 9 h. 1/2, et les continuera les mercredis de chaque semaine à la même heure.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 31.

CAUSERIE FINANCIÈRE.

La physionomie du marché n'a pas changé; mais on commence à comprendre à la Bourse que la situation est extrêmement faussée et que l'équilibre ne peut se rétablir qu'après une secousse plus ou moins violente.

Ce sont nos rentes qui souffrent le plus du malaise général; cependant, c'est ce qu'il y a encore de plus avantageux à acheter aujourd'hui; attendez une éclaircie et vous verrez l'éclatante justice qui leur sera rendue.

Nous laissons le Crédit foncier à 1797 fr.; quant aux obligations communales 4 0/0, elles se font rares. La Banque romaine a été ramenée à 750 fr. par quelques réalisations; non-seulement les plus hauts cours déjà cotés seront reconquis, mais encore largement dépassés.

Les Parts nouvelles de la Société des Villes d'Eaux sont à cette époque de l'année l'objet de demandes suivies, les Parts sont de 200 fr. entièrement versés, donc la part est entièrement libérée et ne peut plus être sujette à aucun appel de fonds.

Les affaires de la Société des Villes d'Eaux prennent un développement considérable; le Comptoir de commission ne désemplit pas, et les magasins de Bercy ne peuvent suffire aux ventes d'Eaux minérales. Il est certain que le semestre en cours donnera des résultats qui *surprendront* tout le monde. On ne peut s'imaginer ce qu'une maison bien dirigée peut gagner rien qu'avec des courtages et des commissions; ce sont là des genres d'affaires qui ne compromettront jamais le capital.

Si vous allez acheter des titres à la Bourse, vous risquez de perdre 100 et 200 fr. du jour au lendemain, selon que vous serez bien ou mal tombé le jour de votre achat. Si, au contraire, vous prenez des Parts de la Société des Villes d'Eaux, vous êtes toujours certains de retrouver votre argent, puisque le prix en est invariable. Cela ne ressemble pas aux titres qui, émis au-dessus du pair, descendent successivement jusqu'à zéro.

SOCIÉTÉ DES VILLES D'EAUX.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 4 MARDI 10 JANVIER 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 4. Mardi 10 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Le laboratoire de pathologie expérimentale.

Quelques journaux persistent à s'occuper de l'affaire du laboratoire de M. Vulpian avec une vivacité et une passion que nous nous garderons bien d'imiter. Nous avons donné toutes les explications nécessaires. Tant pis pour ceux qui ne veulent pas les comprendre. Nous ne voulons pas entamer de polémique à ce sujet et nous nous bornerons à opposer aux dénégations de nos confrères la lettre que nous envoie M. le professeur Vulpian, lettre qui confirme tout ce que nous avons déjà annoncé dans notre numéro du 27 décembre.

E. Bottentuit.

Paris, le 7 janvier 1882.

A M. le Dr Bottentuit, rédacteur en chef de la *France médicale*

Mon cher confrère,

La polémique relative à mon laboratoire n'a plus réellement aucune raison d'être.

J'avais reçu de M. l'assesseur, délégué dans les fonctions de doyen, une lettre qui m'invitait officiellement à présenter des candidats : 1° pour une place de chef de laboratoire ; 2° pour *deux* places de préparateur. J'avais fait, au bout de quelques jours, des propositions pour ces trois emplois.

D'autre part, je savais que la commission du budget avait, l'année dernière, accordé 3,000 francs pour les frais matériels de mon laboratoire pour 1882. C'était la première fois que les Chambres votaient ce crédit.

Or, à la date du 14 décembre 1881, je recevais de M. le doyen une lettre par laquelle il m'informait que je ne devais avoir qu'un préparateur pour 1882 (et un chef de laboratoire) et, en second lieu que, parmi les allocations nouvelles ouvertes à ce budget (1882) en augmentation sur celles de 1881, se trouvait la mention suivante :

Frais matériels (augmentation). . . . . . 500 francs.

J'avais conclu de cette lettre que l'on me retirait un des deux préparateurs, portés sur la lettre de M. l'assesseur délégué et, d'autre part, que l'on me retranchait 2,500 fr. sur les 3,000 fr. votés par les Chambres.

De là, une émotion assez facile à comprendre, que j'ai exprimée avec une certaine vivacité devant vous, et dont vous vous êtes fait l'écho.

Dès que M. le doyen de la Faculté a pu me rassurer, c'est-à-dire le 19 décembre, date de sa seconde lettre, j'ai compris que je m'étais trompé. La demande qui m'avait été faite par M. l'assesseur délégué et par laquelle il m'invitait à présenter des candidats pour deux places de préparateurs était le résultat d'une erreur. M. l'assesseur avait cru que je devais avoir deux préparateurs (et un chef de laboratoire) en 1882, tandis que le budget ne m'attribuait qu'un seul préparateur (et un chef de laboratoire).

Quant aux 500 francs d'augmentation, cette mention s'expliquait par ce fait que j'avais obtenu en 1881, du ministère, un crédit *extraordinaire* de 2,500 fr., de telle sorte qu'en réalité, je ne devais avoir, en 1882, que 500 fr. de plus qu'en 1881, bien que je fusse porté pour la première fois au budget ordinaire de la Faculté pour 3,000 francs.

Votre article était déjà imprimé et tiré lorsque j'ai reçu ces renseignements. Je n'ai pu les porter que plus tard à votre connaissance, car j'étais malade alors et j'avais cessé toutes occupation pendant quelques jours.

Je vous donne de nouveau et par écrit ces explications que je vous avais déjà données de vive voix. Puissent-elles clore un incident que l'on a démesurément grossi.

Veuillez agréer, je vous prie, l'expression de mes sentiments les plus dévoués et l'assurance de ma profonde estime.

A. VULPIAN.

Scarlatine maligne adynamique. Ictère. Mort.

Par le Dr Edouard DUVERNOY (de Belfort).

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le 7 juin 1881, je fus appelé à visiter M. X..., entrepreneur de plâtrerie, âgé de 40 ans environ, homme non alcoolique, d'une très forte constitution et d'un embonpoint notable, qui se plaignait d'un malaise général ayant débuté dans la journée, d'un peu de fièvre, de céphalalgie frontale, de perte de l'appétit et de mal de gorge. L'examen local me fit constater en effet que le voile du palais, les piliers et les amygdales étaient le siège d'une rougeur diffuse très vive, sans fausse membrane d'aucune sorte. Comme le fils de M. X... avait eu quelque temps auparavant la scarlatine, et en était même encore à la période de desquamation, je cherchai aussitôt l'éruption chez le père et ne tardai pas à en découvrir la présence au devant de la poitrine et du cou. La fièvre n'étant pas très forte, la température peu élevée, je prescrivis simplement le repos au lit, un gargarisme au chlorate de potasse, des limonades pour boisson et du lait.

Le lendemain 8, au matin, je trouvai le malade en pleine éruption ; celle-ci avait une rougeur intense des plus accusées ; la comparaison avec le jus de framboises écrasées se justifiait parfaitement ici. Mais la fièvre était plus grande que la veille, sans être excessive. La chaleur n'était pas sèche, mordicante, comme il est habituel dans cette fièvre éruptive. La langue était couverte d'un épais enduit blanchâtre ; l'angine était plus forte que la veille. Deux symptômes nouveaux étaient apparus : des vomissements et de la diarrhée. Cette dernière fut facilement arrêtée une première fois par un julep contenant 4 ou 5 grammes de diascordium et autant de sous-nitrate de bismuth, à prendre dans la journée. Les vomissements furent calmés par des boissons gazeuses. Les urines ne contenaient ni albumine, ni sang.

Les deux jours suivants, l'état reste à peu de chose près le même. Il n'y avait pas d'hyperthermie bien accusée ; le thermomètre oscillait vers 39°. Le pouls restait plein, fort, battant 120 à 125 fois par minute. La diarrhée avait réapparu, mais fut de nouveau arrêtée définitivement le 12.

Les vomissements au contraire furent presque continus malgré tous les moyens ; et pendant deux jours le malade fut très fatigué par un hoquet très pénible et presque incessant. La déglutition était difficile à cause du gonflement considérable du voile et des piliers du palais. Les amygdales n'étaient pas volumineuses ; mais l'une d'elles, la droite, était recouverte d'un enduit pultacé, s'enlevant facilement sous forme de détritus pulpeux ou grumeleux. La respiration était bien un peu gênée, mais non par le larynx. Il n'y avait pas d'écoulement par le nez ; en somme, pas de diphthérie.

Le malade se gargarisait avec difficulté 4 ou 5 fois par jour. Il buvait un peu de lait et d'eau de Soulzmatt.

Jusqu'au 10, la situation ne paraissait pas bien mauvaise. L'angine dominait surtout la scène ; mais le 9, le front, au lieu de présenter comme le reste du corps la coloration rouge, avait une teinte plutôt jaune ; les conjonctives paraissaient légèrement ictériques. Le 10, ces phénomènes étaient beaucoup plus sensibles et s'accusèrent encore les jours suivants en même temps que s'aggravait l'état général.

Le 11, nous trouvons, en effet, le malade beaucoup plus abattu. Le pouls conservait sa force et sa fréquence. Le thermomètre ne marquait plus que 38,2 le soir. La teinte ictérique avait envahi toute la surface cutanée ; elle était des plus manifestes, lorsque par la pression des doigts, on avait fait disparaître la rougeur de l'éruption. Les urines, limpides du reste, ne contenant pas d'albumine, étaient d'un jaune acajou très foncé et teintaient très fortement le linge du malade. Le foie paraissait à la palpation et à la percussion plutôt diminué qu'augmenté de volume.

Les symptômes de l'angine ne se modifiaient pas.

Le soir, je prescrivais un lavement avec 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 12. La langue est encore humide et molle, sans fuliginosités. Il n'y a pas de délire proprement dit, mais le malade ne sait pas toujours très bien ce qu'il dit. L'éruption est toujours très intense. On renouvelle le lavement au sulfate de quinine.

Le 13, matin. Le pouls a baissé de 10 pulsations. La peau est presque fraîche. Mais la langue est beaucoup moins humide qu'hier, un peu poisseuse, collante. L'adynamie est plus grande. Le malade peut à peine rester assis pendant qu'on l'ausculte.

La situation est très grave ; le malade s'affaiblit de plus en plus. Le Dr Richon, appelé en consultation, est, comme moi, d'avis que l'indication principale est de soutenir le malade. Nous prescrivons une potion tonique contenant de l'extrait de quinquina, du cognac, du vin de Malaga et du sirop d'écorces d'oranges; mais comme nous prévoyons que le malade ne pourra pas en prendre autant que nous le désirons, nous continuons l'usage des lavements contenant 1 gr. puis 1 gr. 25 de sulfate de quinine. Nous agitons la question des bains froids, mais la température est si basse que nous ne les croyons réellement pas indiqués.

Le soir le pouls est à 110. La langue est sèche, rôtie. La gorge est toujours très rouge, très tuméfiée, mais sans fausses membranes.

Pendant la nuit le malade est agité ; il ne se trouve bien nulle part.

Le 14. Le pouls n'est plus régulier comme hier. Il offre des irrégularités et des intermittences. La peau n'est pas chaude ; les extrémités sont même froides.

La figure maigrit beaucoup.

Le soir, l'altération et la maigreur du visage s'accentuent beaucoup. Le malade est dans un état très pénible. Il change constamment de position ; ni délire, ni convulsions. Les vomissements ont reparu. La langue est épaisse, un peu moins sèche qu'hier. Le voile du palais est moins rouge et moins tuméfié.

Les urines, examinées chaque jour, contiennent pour la première fois une très faible quantité d'albumine.

Le 15. Le facies est de plus en plus altéré. La teinte ictérique est peut-être un peu moins foncée. La desquamation commence au niveau du front ; au niveau des fesses apparaissent quelques phlyctènes. La langue, la voûte palatine sont sèches, couvertes de fuliginosités brunâtres qui se reproduisent aussitôt qu'on a nettoyé au moyen du citron. Le fond de la gorge, toujours très rouge, paraît pourtant moins tuméfié. Le pouls est de nouveau régulier, plus plein qu'hier. Le malade comprend tout ce qu'on lui dit et y répond bien ;

mais lorsqu'on le laisse tranquille, il tombe dans un état de subdelirium tranquille. Les vomissements ont à peu près entièrement cessé, ainsi que le hoquet.

Le malade boit tantôt de l'eau et du vin, tantôt du lait; la potion tonique n'est prise qu'avec les plus grandes difficultés et en petite quantité.

Les urines moins foncées, rendues dans la quantité d'un litre environ par vingt-quatre heures, contiennent un peu plus d'albumine qu'hier.

Le soir, des râles de bronchite existent dans toute la hauteur des deux côtés de la poitrine. L'auscultation, pratiquée chaque jour jusqu'ici, ne nous avait encore fait entendre aucun phénomène stéthoscopique anormal, pas plus au cœur qu'aux poumons.

L'aspect général est absolument celui d'un malade atteint de fièvre typhoïde à forme adynamique grave parvenue au troisième septénaire.

Le 16. Le malade est encore plus mal que la veille. Le pouls est de nouveau irrégulier et intermittent.

L'éruption a pâli en certains endroits; dans d'autres on voit des phlyctènes ulcérées.

La mort arrive dans un état de subdelirium à une heure de l'après-midi.

L'autopsie ne put être faite.

Ce que nous tenons surtout à relever dans cette observation de scarlatine maligne adynamique, c'est l'existence de l'ictère concomitant.

Les auteurs classiques que nous avons consultés à ce sujet ne signalent pas le fait. Seul, M. Sanné, dans l'article Scarlatine du Dictionnaire encyclopédique, dit avoir vu un cas d'ictère survenu le quatrième jour de la scarlatine. Il fut suivi d'une angine pultacée; ce malade guérit. Pendant l'épidémie qui nous mit à même de rédiger cette observation et qui sévit avec une grande intensité dans la ville de Belfort, nous n'eûmes pas l'occasion de voir un second cas semblable. C'est donc la rareté du fait qui nous a engagé à le signaler.

Quelle est la signification que l'on doit donner à cet ictère?

S'agissait-il là d'un ictère hémaphéique?

Etait-ce bien au contraire un ictère biliphéique lié à une altération du foie?

Nous regrettons de n'avoir pas fait l'examen complet des urines à ce point de vue; mais, l'intensité de la coloration ictérique des conjonctives et du tégument, la teinte acajou foncé des urines, tachant le linge en jaune foncé tirant sur le vert, nous portent à croire que l'origine de cet ictère était plutôt biliphéique qu'hémaphéique. Nous

avons parcouru en vain la remarquable thèse de M. Dreyfus-Brisac. Nous n'y avons pas trouvé signalée l'apparition de l'ictère hémaphéique dans la scarlatine.

Mais, si nous avons de la tendance à admettre qu'une altération de structure de la glande hépatique a été la cause de cet ictère, nous ne saurions évidemment en indiquer la nature; aussi l'impossibilité de faire l'autopsie est à ce point de vue très regrettable.

HOPITAL TENON. — SERVICE DE M. SEVESTRE.

Note sur un cas de rage.

Par G. OLLIVE,

Interne des hôpitaux.

Il s'agit dans cette observation d'un cas de rage humaine qui, par les symptômes observés et surtout par le mode de traitement adopté, nous a paru offrir quelque intérêt. Du reste, l'observation complète sera plus tard publiée lorsque l'examen histologique des nerfs, du bulbe, et des circonvolutions cérébrales aura été pratiqué.

Le 21 avril 1881 au soir, on amenait à l'hôpital Tenon un homme âgé de 38 ans et qui présentait les premiers symptômes de la rage. Cet homme, employé d'octroi, avait été mordu, dans la nuit du 23 février, par un chien atteint d'hydrophobie. Pendant le mois qui s'écoula entre les débuts de la maladie et le jour de la morsure, notre homme n'a rien présenté de digne d'être noté, si ce n'est la longueur de la cicatrisation de la plaie faite à la main; plaie qui avait été cautérisée à l'acide phénique (?).

Nous insisterons d'abord sur la première manifestation de la maladie chez notre rabique. Deux jours avant l'accès de suffocation, il s'est plaint d'un engourdissement d'abord, d'une douleur contusivè ensuite qui, partant de la blessure, remonte dans le bras, l'épaule, et atteint le tronc. Il semble y avoir eu là une véritable névrite ascendante.

Je n'insiste pas sur les symptômes classiques de la rage présentés par ce malade, je signalerai seulement les phénomènes perçus à l'auscultation du cœur. On entend des bruits ressemblant plutôt à des râles sous-crépitants qu'à des frottements, dont le maximum se trouve à la partie moyenne de la base, mais qui peuvent s'entendre jusque sous la clavicule droite. Ces bruits ne sont pas nettement perçus lorsque le malade est assis. Ces bruits ont persisté presque jusqu'à la fin, et n'ont cessé d'être perçus que quatre heures avant la mort de ce rabique. J'ajouterai que nous n'avons pas eu, à l'autopsie, l'explication de ce phénomène.

On fait au malade des injections de nitrate de pilocarpine, chaque

injection est de 2 centigrammes, et amène une abondante salivation, et une diaphorèse moins abondante. Lorsque l'effet de la pilocarpine est terminé, le malade éprouve un soulagement très notable, mais sans enrayer la marche de la maladie. Pendant les 48 heures que nous avons pu observer ce malade, nous lui avons fait six injections sous-cutanées de pilocarpine. Les dernières ont déterminé des crises de suffocation terribles pendant la salivation, mais ont encore amené du soulagement une fois l'effet direct du médicament terminé.

La pilocarpine qui fait au malade une si grande soustraction de liquide doit augmenter la soif, et nous sommes devant un homme pour qui la déglutition des liquides est impossible; aussi, dès la seconde njection se plaint-il beaucoup de la soif qui le tourmente. Nous avons alors pratiqué l'*abreuvage forcé* en introduisant à notre homme le tube de Faucher, et, par ce tube, la plus grande quantité de liquide possible. Cette manœuvre était parfaitement supportée par le malade, qui, dès la seconde fois, peut faire lui-même l'introduction du tube. Nous pûmes ainsi, jusqu'au dernier moment, établir une sorte de double courant, liquide ingéré, liquide rendu par les glandes sudoripares ou les glandes salivaires.

La terminaison ne devait pas moins en être fatale, car le malade succombait presque subitement 48 heures après son entrée à l'hôpital.

Il était assis sur son lit, causant avec un des internes de l'hôpital, lorsque sa tête s'inclina sur la poitrine, deux ou trois inspirations assez éloignées se firent entendre; il était mort. Il semblait qu'il venait de recevoir un violent coup sur la nuque.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 1er *décembre* 1881. — *Présidence de* M. Ed. Michel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — Elle comprend une lettre de M. le Dr Thou, remerciant la Société de sa récente admission au titre de membre correspondant.

M. Toledano lit, au nom de M. Lutaud, un travail intitulé : *Transmission de la syphilis par la voie placentaire.* (Sera publié.)

M. Toledano fait un rapport favorable sur la candidature de M. Lutaud. M. Lutaud est élu membre associé.

M. Brochin fait une communication sur le gavage des phthisiques dans laquelle il relate les bons effets obtenus par cette méthode alimentaire. Les résultats les plus saillants sont : suppression des vomissements et de la diarrhée ; augmentation du poids.

M. Delthil. A propos de la discussion soulevée dans plusieurs sociétés savantes à propos de l'alimentation forcée des phthisiques, je demande à dire un mot.

Cette méthode a été, à mon avis, l'objet d'un engouement qui me semble exagéré.

L'alimentation par le tube œsophagien, employé chez les lypémaniaques depuis nombre d'années, peut être à mon avis, utilisé chez le phthisique et devenir un appoint considérable dans la thérapeutique de cette redoutable diathèse, mais il y a loin de là à considérer ce procédé comme un spécifique et à lui accorder surtout la propriété de diminuer ou de faire cesser les vomissements incoercibles des tuberculeux.

C'est particulièrement ce point que je tiens à traiter. D'après l'ensemble des discussions, on en peut tirer cette conclusion que le vomissement alimentaire chez le phthisique est d'ordre purement mécanique, qu'il est le tribut de la toux. Pour moi, au contraire, il est d'un tout autre ordre. C'est le symptôme dérivé de toute septicémie et c'est dans ce cas l'effet de l'infection tuberculeuse absolument comme nous voyons les vomissements dans la septicémie puerpérale.

L'estomac en effet ne se révolte pas uniquement parce qu'il est rempli et qu'il y a toux, car il est des heures chez le phthisique où la vomiturition apparaît sans que l'estomac contienne beaucoup de produits alimentaires ou médicamenteux; ne le voyons-nous pas en effet, ce malade, vomir quelques cuillerées d'eau sucrée, de lait ou de tout autre breuvage, et cela sans effort, à la manière des enfants qui rejettent le trop plein de leur tetée?

J'insiste sur ce point, car certes je ne puis nier que le bol alimentaire ne soit rejeté le plus ordinairement dans des efforts de toux; mais cependant vous pouvez constater que cette révolte de l'estomac est permanente et non subordonnée à la dose de l'aliment et ne coïncide pas exclusivement avec la toux.

Il est donc bien certain que si la constitution se relève par une alimentation plus considérable, les phénomènes de vomiturition disparaîtront un peu, puisqu'ils sont l'expression de la période plus ou moins avancée de la septicémie qui, par ce fait, serait diminuée d'intensité.

Je sais que j'ouvre là une grande question en prétendant que les vomissements des phthisiques sont dus, en majeure partie, à la résorption de produits septiques de la matière tuberculeuse, mais dans un point qui nous échappe le plus souvent dans sa détermination exacte.

Pourquoi ferait-on en effet une exception pour la suppuration tuberculeuse? Ne constatons-nous pas la lympho-adénopathie habituelle de cette diathèse? Et pourquoi ce qui est vrai pour toutes les infec-

tions ne le serait-il pas surtout pour celle dont les traînées infectieuses d'adéno-lymphite sont les plus évidentes ?

Si nous cherchons, en effet, à savoir à quelles heures le phthisique vomit le plus souvent, nous pourrons constater que ce n'est pas immédiatement après l'absorption alimentaire, mais un peu plus tard ; et la thermométrie nous fait voir que c'est au moment où la fièvre s'allume, quand l'aliment introduit élève la température locale sous l'influence du travail chimique de la digestion.

Il semble donc que les vomituritions soient favorisées par une température plus élevée.

N'y a-t-il pas là une relation entre l'absorption infectieuse et l'élévation de température due à l'ingestion de l'aliment?

On peut établir comme un aphorisme que tout phthisique qui mange, conserve le bol alimentaire et le digère, n'est jamais en *danger immédiat*. Le grand problème est donc d'arriver par tous les moyens possibles à introduire l'aliment, et, à ce titre, M. le Dr Debove a rendu un signalé service; mais il faut aussi s'occuper de le faire garder aux phthisiques.

Je vais dire quelques mots à ce sujet.

Je crois que l'emploi raisonné de l'extrait thébaïque conjointement à la méthode de M. Debove peut rendre des services.

Certes, dans l'intervalle des repas, je ne donnerai point de préparations thébaïques ni de morphine qui, toutes, ont l'inconvénient de supprimer le désir de la prise de l'aliment. Mais j'emploie volontiers dans les cas de vomissements incoercibles, chez les phthisiques, une méthode qui rend de grands services dans les affections de l'estomac; c'est-à-dire que je fais prendre à mes malades, avant le repas, cinq minutes avant, de 5 à 10 grammes de sirop thébaïque. J'emploie le sirop de préférence à cause de la facilité de l'absorption.

Je stupéfie ainsi l'organe et je l'empêche de se révolter contre l'aliment qui va être la cause de phénomènes chimiques qui élèvent la température et préparent les vomituritions.

Je n'emploie pas dans ce cas l'injection hypodermique de morphine, car la tolérance, qui est immédiate avec les préparations thébaïques à la dose que j'indique, est difficile à obtenir avec les injections de morphine qui, presque toujours, provoquent, au contraire, des vomissements jusqu'à ce que la tolérance soit établie par l'accoutumance.

Mais une raison qui m'a semblé capitale par le choix des deux procédés, c'est que l'emploi du sirop thébaïque au moment du repas n'a point d'influence sérieuse sur l'organisme, tandis que le morphinisme amène toujours la stéatose du foie et fait par suite périr, dans un temps plus ou moins long, en mettant obstacle à l'assimilation, chez les individus qui abusent des préparations morphiniques en injections.

On peut observer que, chez les morphiniques, le foie est atrophié, stéatosé ; ils sont pâles, anémiques, et les tissus de l'économie sont tous en voie de régression, vaisseaux, os, tissus musculaires et adipeux, etc.

Par conséquent, l'injection de morphine me semble devoir être repoussée, tandis que l'extrait thébaïque introduit dans l'estomac presque simultanément avec l'aliment me semble être un auxiliaire précieux.

En terminant, une chose contre laquelle je me crois obligé de protester, c'est ce nom barbare de gavage et qui nous expose à un parallèle peu avantageux. Certes, l'appellation peut passer après l'utilité; mais il n'est point de petites choses dont il ne faille tenir compte en médecine, car tous les malades ont leur coquetterie, et les phthisiques en particulier qui ont eu leur heure de célébrité et de poésie (Lamartine).

Nous ne devons point nous exposer à une révolte de celui auquel nous donnons nos conseils utiles quand seul le mot, par le fait, est impropre.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

D[r] Vic. de Fourcauld,
Secrétaire annuel.

Séance du 22 décembre 1881. — *Présidence de M.* Ed. Michel.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — Elle comprend une lettre de M. le D[r] Grynfelt, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, qui pose sa candidature au titre de membre associé. (Commission : MM. Gillet de Grandmont et Dehenne, rapp.) A l'appui de sa candidature, il envoie les brochures suivantes :

Quelques réflexions sur les indications de la taille. — Epithélioma du maxillaire supérieur; résection de cet os. — Sarcome de la cloison des fosses nasales. — Quelques mots sur le tænia et les tæniacides, et en particulier sur la pelletiérine. — Fièvre pernicieuse dyspnéique.

M. le Secrétaire général offre, au nom de M. Van den Bosch, de Liège, une brochure ayant pour titre : Bassin rachitique cyphoscotéotique, etc.; application du forceps; enfant vivant; femme guérie.

Sont déposés sur le bureau les Annales de la Société de Liége et les Bulletins de la Société centrale de médecine vétérinaire.

L'ordre du jour appelle les élections du Bureau du conseil de famille et du comité de publication.

Le vote donne les résultats suivants pour l'année 1882 :

Bureau. — *Président :* D[r] Bonnefin. — 1[er] *vice-président :* D[r]

Pruvost.— 2e *vice-président* : Dr Bouloumié. — *Secrétaire général* : Dr Gillet de Grandmont. — *Secrétaires annuels* : Drs Porak et Lemaréchal. — *Trésorier* : M. Jolly.

Conseil de famille : MM. Berger, Guillon, Limousin, Michel, Weber.

Comité de publication : MM. Carré, Catillon, Le Bon, Lutaud et Signol.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Dr Vic. de Fourcauld,
Secrétaire annuel.

— Nous cessons aujourd'hui la publication officielle des travaux de la Société de médecine pratique. Le défaut de place ne nous permettait plus d'insérer tous les travaux lus devant cette laborieuse Société. Nous n'en saisirons pas moins souvent l'occasion de signaler à nos lecteurs ceux des travaux de la Société de médecine pratique qui nous paraîtront devoir les intéresser.

NOUVELLES

Ecole de pharmacie. — Par décret en date du 31 décembre 1881, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, il est créé, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, une chaire de minéralogie et hydrologie.

— Par un autre décret en date du même jour, il est créé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris une chaire de cryptogamie.

— Par décrets en date du 1er janvier 1882, rendus sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, sont nommés : M. Bouchardat, agrégé des écoles supérieures de pharmacie, professeur de minéralogie et hydrologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris (chaire nouvelle). M. Marchand, agrégé des écoles supérieures de pharmacie, professeur de cryptogamie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris (chaire nouvelle).

Ecole de médecine d'Alger. — M. le Dr Sésary, ancien interne des hôpitaux de Lyon, vient d'être, à la suite d'un brillant concours, nommé professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger.

Legs a la faculté de médecine de Bordeaux. — M. Godard (Camille), frère du savant mort il y a bien des années en Palestine, vient de léguer à la ville de Bordeaux sa fortune évaluée à plusieurs millions. Par son testament, il est attribué à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux 100,000 fr. pour le jardin botanique, et un capital d'une rente de 3,000 fr. destinée à être distribuée en prix annuels.

Depuis deux ans, M. Godard avait annuellement fait don à la Faculté d'une somme de 1,000 fr. pour fonder deux prix de thèse, l'un de 600,

l'autre de 400 fr. Ces prix ont été décernés en 1880 et 1881 comme prix *anonymes*.

Le Procès Guiteau. — Sur vingt et un médecins, nommés tant par la défense que par la Cour pour examiner l'état mental de l'assassin, seize viennent de donner leur opinion. A l'unanimité, ils déclarent que l'assassin du général Garfield est parfaitement sain d'esprit et qu'il doit être considéré comme responsable de ses actes.

Le sculpteur Théodore Mils, a pris un moule en plâtre de la tète de Guiteau. Il n'a pas été facile d'obtenir le consentement du « stalwart des stalwarts » à l'opération, car il fallait couper sa barbe et ses favoris, et il craignait d'être défiguré. Mais quand le sculpteur a énuméré les personnages illustres dont il avait moulé les têtes, Guiteau a souri avec complaisance, et a cessé de s'opposer à ce que son portrait allât rejoindre celui des autres célébrités.

D'après les mesures prises, la tête de Guiteau mesure 23 pouces 1/4 de circonférence ; la bosse de *l'estime de soi-même* (?), 6 pouces 1/2; celle de *la fermeté* (?), 6 pouces 1/4. Le côté gauche de la tête est bien développé et apparemment normal, mais le côté droit est presque plat. Par devant, la tête est d'un pouce plus courte que par derrière. Le sculpteur a déclaré n'avoir jamais vu une tête d'une conformation aussi bizarre.

On annonce que quelques Compagnies d'assurances américaines ont accepté d'assurer, pour la somme de 500,000 fr., la vie de Guiteau, l'assassin de Garfield, actuellement sur le banc des accusés.

C'est ce qu'on pourrait appeler le comble de l'assurance, si ce n'était plutôt une manière d'engager des paris pour ou contre la condamnation de l'assassin à la peine capitale.

Hôpital des Enfants. — M. le Dr Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants, commencera ses leçons cliniques le samedi 14 janvier, à 9 h., salle Saint-Ferdinand, et les continuera les samedis de chaque semaine, à la même heure.

Il s'occupera surtout des maladies cutanées et des maladies chroniques de l'enfance. — Consultations le mercredi et le jeudi.

Bulletin de la mortalité *du* 30 *décembre au* 5 *janvier* 1881. — Fièvre typhoïde, 25.— Variole, 19. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 68. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 3.— Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 67.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 81.

Bronchite aiguë, 67.— Pneumonie, 118. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 58; au sein et mixte, 30; inconnu, 4. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 125; l'appareil circulatoire, 81 ; l'appareil respiratoire, 79; l'appareil digestif, 59 ; l'appareil génito-urinaire, 32 ; la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 0; causes non définies, 7. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 17. — Nombres absolus de la semaine, 1.281.

Résultats de la semaine précédente : 1.092.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 31.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 5 JEUDI 12 JANVIER 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 5. Jeudi 12 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris le 11 *janvier* 1882.

La séance de l'Académie a été fort courte. Nous n'avons à signaler qu'une lecture par M. Balzer, médecin des hôpitaux.

La communication de M. Balzer peut être le point de départ de travaux forts importants, si ces premiers résultats se confirment. Notre distingué confrère a cherché à démontrer le parasitisme du xanthélasma et de l'ictère grave, et son espoir est de généraliser en montrant que toutes les affections infectieuses sont causées par la présence de parasites. Pour lui la dégénérescence granulo-graisseuse que l'on signale dans ces maladies n'est pas réelle, les granulations n'ont en rien les caractères de la graisse, ce sont des microbes; malheureusement, dans son cas d'ictère grave, les constatations n'ont pu être faites que vingt-quatre heures après la mort, ce qui leur enlève beaucoup de leur certitude. A. Ch.

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. HÉRARD.

Observation de nodosités rhumatismales.

Par M. Paul Bourcy,

Interne des hôpitaux.

Au mois d'avril 1881, MM. Troisier et Brocq firent paraître, dans la *Revue de médecine*, un travail intitulé : *Les nodosités rhumatismales éphémères et le rhumatisme*, dans lequel ils rapprochaient d'une observation personnelle les cas antérieurement rapportés par MM. Meynet (*Lyon médical*, 1875) et Féréol (*Compte rendu de la 8e session de l'Association française pour l'avancement des sciences*, 1879). Ayant eu l'occasion d'observer un fait présentant avec les précédents la plus grande analogie, nous avons cru intéressant d'en relater les principaux détails.

J... (Henri), âgé de 19 ans, exerçant la profession d'apprêteur d'étoffes, entre, le 14 septembre, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 15, service de M. Hérard, pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Ses antécédents sont les suivants : il a perdu son père, étant encore tout enfant; sa mère a succombé à l'âge de 34 ans, par suite d'une fluxion de poitrine (?); du côté des ascendants et des collatéraux, aucune trace de rhumatisme.

Lui-même, jusqu'à cette année, a joui d'une bonne santé, et comme maladies antérieures, il ne signale guère qu'une éruption croûteuse

du cuir chevelu à l'âge de 4 ans, et la coqueluche à 7 ans; jamais de chorée, jamais de blennorrhagie; aucune trace de syphilis.

En janvier 1881, il fut atteint de scarlatine, nettement caractérisée par une angine intense, une éruption généralisée suivie de desquamation. C'est cette affection qui l'amène, le 15 janvier 1881, à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Sée. C'est là qu'en pleine période de desquamation et sans cause déterminante appréciable, il est pris, vers le 15 février, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, limité d'abord aux articulations tibio-tarsiennes, mais s'étendant, en moins de trois jours, à toutes les grandes jointures; la douleur et le gonflement étaient d'ailleurs modérés et le salicylate de soude à la dose de 6 grammes en eurent facilement raison. Mais cinq jours après le début des accidents rhumatismaux survint une endo-péricardite intense qui céda pourtant aux ventouses scarifiées et aux vésicatoires répétés.

La convalescence fut assez longue, néanmoins le malade put partir pour l'asile de Vincennes dans les premiers jours de mai. Il en sortit parfaitement guéri le 27 du même mois, la lésion cardiaque elle-même n'ayant laissé subsister aucun trouble fonctionnel, et il put reprendre son travail accoutumé.

Tout alla bien jusqu'au 2 septembre 1881; à ce moment survinrent quelques douleurs vagues dans les pieds; le soir les chevilles étaient légèrement enflées, mais le repos de la nuit suffisait pour leur rendre au matin leur aspect normal; enfin, le 13 septembre, l'attaque de rhumatisme se dessine franchement et le malade entre dans le service le 14 septembre.

Nous constatons à ce moment un gonflement œdémateux et douloureux de toutes les grandes articulations; les genoux et les épaules sont particulièrement sensibles; tout mouvement spontané est soigneusement évité, tout mouvement provoqué arrache des cris.

En même temps, fièvre intense, dyspnée, anxiété précordiale extrême, dont l'examen du cœur nous révèle facilement la cause; on perçoit en effet, au niveau du mamelon, un bruit de frottement presque râpeux, appréciable aux deux temps de la révolution cardiaque; de plus, au foyer d'auscultation de l'orifice mitral, on entend un souffle intense, remplaçant le premier bruit normal; il y a donc péricardite et insuffisance mitrale. Nul doute que nous ne soyons ici en présence d'une poussée aiguë sur un cœur déjà malade, mais quelle part faire dans les phénomènes d'auscultation aux reliquats de la première atteinte d'endo-péricardite? C'est ce qu'il nous paraît impossible de préciser davantage.

A côté de ces phénomènes vulgaires d'une complication cardiaque sur laquelle nous croyons inutile d'insister davantage, se trouve encore une éruption très abondante d'érythème polymorphe, à forme

marginée ; sur la face antérieure des bras et des avant-bras et surtout à la face antéro-interne des cuisses, on observe des plaques discoïdes, légèrement saillantes, d'un rouge pâle, limitées par des lignes festonnées, de coloration beaucoup plus intense, de dimensions très variables, les plus grandes dépassant 15 centimètres de diamètre. Ces plaques sont du reste absolument indolentes, spontanément ou à la pression, et non prurigineuses.

Cette éruption ne tarda pas à disparaître ; le 16 septembre les contours des plaques avaient seuls persisté, et huit jours après, il n'en restait plus une seule trace.

Sous l'influence du salicylate de soude (4 grammes par jour) les phénomènes articulaires s'amendèrent rapidement, et le malade était en pleine convalescence quand, le 1er octobre, il constata en se peignant de petites nodosités sur le cuir chevelu ; on sentait en effet, sur la face externe du pariétal droit, quatre ou cinq nodosités du volume d'une lentille environ, et, au voisinage de la branche gauche de la suture lambdoïde, une autre du volume d'un gros pois.

Ces petites tumeurs étaient absolument indolentes spontanément, et il fallait une pression assez forte pour déterminer une douleur d'ailleurs modérée ; leur consistance était ferme, si bien qu'à un premier examen on les eût pris volontiers pour des exostoses, mais *il était facile* de voir qu'elles étaient aussi indépendantes de la peau, qui glisse sur elles, que de l'os, sur lequel il était possible de les faire mouvoir.

Cherchant si ces nodosités étaient bornées au cuir chevelu, nous ne tardâmes pas à découvrir à la région frontale, au-dessus du sourcil droit, quatre saillies, fort petites d'ailleurs, mais qui s'accentuèrent les jours suivants ; c'est ainsi qu'en l'espace de huit jours nous vîmes des nodosités apparaître successivement sur une foule de points : au poignet droit sur le trajet, des tendons des grand et petit palmaires sur lesquels elles se groupaient en chapelets de quatre grains, au niveau des ligaments articulaires des phalanges, où elles simulaient parfaitement le tophus de la goutte et où elles avaient acquis leur maximum de développement (volume d'une noisette), sur le tendon du long péronier latéral droit, sur les apophyses épineuses de la plupart des vertèbres, etc.

Les nodosités du genou gauche méritent une mention spéciale : adhérentes aux ligaments latéraux et aux ailerons ligamenteux de la rotule, elles prenaient par la flexion de la jambe une fixité telle qu'elles semblaient faire corps avec l'os, mais l'extension du membre leur rendait toute leur mobilité, et écartait ainsi toute cause d'erreur.

Celles de l'épine dorsale étaient si régulièrement disposées, qu'en découvrant le malade, on croyait voir seulement les saillies osseuses

normales, rendues seulement plus appréciables par l'amaigrissement; mais, en les saisissant entre deux doigts, on constatait leur indépendance du squelette. Celles des 2e, 3e et 4e vertèbres dorsales se faisaient surtout remarquer par leur volume atteignant celui d'un haricot.

Tel était l'état du malade au 1er novembre.

Apparues successivement, ces nodosités ont suivi l'évolution suivante : les unes ont disparu rapidement au bout de quelques jours, celles du front sont de ce nombre; les autres, celles du cuir chevelu et des tendons palmaires, ont graduellement diminué, mais, au 15 décembre, elles n'ont pas complètement disparu; les dernières, celles du genou, du péronier latéral, et de la colonne vertébrale, sont aussi saillantes que jamais; on voit donc que la qualification d'éphémères, appliquée à ces nodosités ne serait exacte que pour quelques-unes d'entre elles.

Le malade, du reste, est absolument guéri actuellement de son attaque de rhumatisme; il a repris des forces et de l'embonpoint; sa lésion mitrale persiste, quant à ses signes physiques, mais ne détermine aucun trouble fonctionnel ; à part une nouvelle éruption d'érythème marginé survenue le 12 décembre et ayant duré 48 heures seulement, il n'y a rien de nouveau à ajouter à son histoire clinique.

Analogues pour le siège et les caractères physiques aux nodosités observées par MM. Troisier et Brocq, celles que nous avons décrites en diffèrent surtout par leur persistance et paraissent se rapprocher davantage de celles qu'ont observées, dans 27 cas, MM. Barlow et Warner, et dont ils ont présenté la description au congrès international de Londres dans un mémoire intitulé : Production de tubercules sous-cutanés chez les enfants atteints de chorée et de rhumatisme.

Nous empruntons à la *Gazette médicale* du 1er octobre 1881, le résumé succinct des conclusions de ce travail ; « Les tubercules variaient du volume d'un grain de moutarde à celui d'une amande. « Ils étaient absolument sous-cutanés et adhérents aux tendons et à « l'aponévrose profonde, surtout au voisinage des articulations ; généralement, ils disparaissaient dans l'espace de deux mois, mais « pouvaient se reproduire ; ils étaient indolores, et leur développement ne s'accompagnait pas de fièvre ; dans *tous* les cas, il y avait « lésion cardiaque ; dans les deux tiers des cas, des antécédents rhumatismaux ; dans plus d'un quart, de l'érythème marginé ; chez « douze malades, de la chorée ; la structure de ces tubercules offrait « la plus grande analogie avec celle des végétations des valvules cardiaques. »

Les rapports entre ces observations et la nôtre sont des plus nets ;

siége, volume, durée des nodosités, coexistence d'affection valvulaire et d'érythème marginé, tout s'est montré, chez notre malade, comme chez ceux observés en Angleterre.

Quant aux données anatomiques, elles nous font absolument défaut. Pas plus que MM. Troisier et Brocq, Meynet et Féréol, nous n'avons de détails microscopiques à enregistrer; aussi laissons-nous aux auteurs anglais la responsabilité de l'opinion qu'ils ont émise sur l'identité de structure entre les nodosités sous-cutanées et les végétations valvulaires ; reconnaissons-y toutefois une explication ingénieuse de la coexistence *constante* de la lésion cardiaque et de la lésion sous-cutanée.

HOPITAL DE SÉTIF. — SERVICE DE M. DIEU.

Symptômes hystériformes avec spasme glottique; hématémèses. Mort. Autopsie. Ulcère de l'estomac, double kyste des ovaires.

Observation recueillie par le Dr SOREL,

Médecin major.

Bouzon (Marie), âgée de 17 ans, domestique, entre à l'hôpital militaire de Sétif dans le service de M. Dieu, médecin en chef, le 22 octobre 1880 et meurt le 25 du même mois à 10 heures du soir.

Cette fille, blonde, d'un embonpoint convenable et fortement musclée, avait toutes les apparences d'une excellente santé. *Réglée convenablement*, les menstrues étaient apparues régulièrement le 14 octobre.

Le visage est coloré, depuis trois jours elle se sent abattue, la langue est sèche, l'appétit fait défaut, elle est prise de vomissements fréquents. On dirait le début d'une fièvre typhoïde, mais l'apyrexie est absolue. T. 37°.

La malade refuse toute alimentation, vomit surtout après la boisson, et bientôt les vomissements contiennent du sang à l'état de poussière noirâtre analogue à la suie, mais avec un aspect de paillettes cristallines. Plus tard les selles renferment aussi un peu de sang.

Le 24 octobre, elle est très agitée dans la soirée, se lève en proie à des étouffements qui se calment peu à peu, puis devient prostrée.

Je suis appelé à voir la malade *le 25 octobre* dans l'après-midi. Elle est au lit, abattue, se retournant fréquemment en poussant de temps à autre un soupir. Le visage est coloré mais la peau est fraîche, le thermomètre marque 37°. Le cœur bat régulièrement 60 fois à la minute, le pouls radial très réduit de volume est difficile à saisir; les pulsations de la crurale sont bien détachées, faciles à percevoir, mais leur volume reste au-dessous de la normale.

Anorexie absolue, la langue est nette, mais tend à se sécher ainsi

que la bouche. L'hématémèse en poussière s'est reproduite dans la ournée. La tisane est tantôt conservée, tantôt entraîne le vomissement presque immédiat.

L'examen des poumons ne fournit aucun signe.

Ni anesthésies ni hyperesthésies cutanées ; le chatouillement des pieds provoque des réflexes modérés.

La malade ne répond pas volontiers aux questions qu'on lui pose ; sa voix est légèrement voilée, et elle accuse une sensation de pesanteur épigastrique avec striction à la gorge.

Il existe un peu de tympanisme abdominal, la pression au niveau de l'épigastre est facilement supportée. Elle se raidit et éprouve un léger spasme quand on comprime le flanc gauche ; en même temps les globes occulaires se dirigent en haut, sans être toutetois convulsés.

Cet examen détermine une petite attaque hystériforme, pendant laquelle les pupilles dilatées ne réagissent plus à la lumière, mais les paupières se ferment, et on éprouve un peu de résistance pour les maintenir écartées.

Dans la soirée la malade agitée, inquiète, se retourne continuellement dans le lit, puis un peu avant 10 heures se lève en se plaignant d'étouffer. Recouchée elle *meurt à dix heures du soir* après une courte période de résolution.

Autopsie le 26 octobre. Face bleuâtre aux pommettes; issue d'un peu de sang par l'anus. Tissu adipeux développé ; muscles puissants.

Cavité crânienne. Injection normale des méninges et du cerveau, pas de liquide ventriculaire en excès. La pulpe cérébrale consistante ne présente aucune altération corticale ou centrale.

Pharynx. Légère infiltration sanguine sous-muqueuse, punctiforme, située en arrière, au-dessus des cordes vocales supérieures, dans l'angle formé par les cartilages arythénoïdes.

Cavité thoracique. *Les poumons* affaissés sont néanmoins congestionnés dans leur ensemble. Hypostase marquée aux lobes inférieurs en arrière.

Le *cœur* normal ne contient aucun caillot.

L'*aorte* présente un faible calibre, elle admet seulement le petit doigt.

L'œsophage dans sa portion thoracique est congestionné ; sa muqueuse parsemée de points de suffusion sanguine a pris une teinte ardoisée, et le tissu cellulaire qui lui est intermédiaire avec l'aorte descendante est infiltré de sang.

Cavité abdominale. *L'épiploon* descend jusqu'au pubis ; à ce niveau et un peu à droite il est fixé au péritoine pariétal par une bride celluleuse lâche. Le *mésentère* est chargé de graisse.

L'*estomac* rempli de liquide contient des fragments de biscuit et

du sang noir marc de café. La muqueuse sur la face postérieure près du pylore présente une zone rouge d'infiltration sanguine parsemée d'érosions se fusionnant; on peut en compter trois principales.

D'après l'examen histologique que M. Laveran a bien voulu faire de cette portion de l'estomac, les lésions sont celles qu'on rencontre dans l'ulcère rond. Sur les points ulcérés la muqueuse a disparu, il n'y a plus que des débris de la celluleuse, ou même, la musculaire profonde est à nu. Pas de bourgeons charnus. Sur les bords des ulcérations entre les glandes ou tubes déjà altérés on trouve des éléments embryonnaires infiltrés en grand nombre.

L'altération est du reste bien limitée; dès qu'on s'éloigne de quelques millimètres des bords de l'ulcère on retrouve la muqueuse stomacale, avec ses caractères normaux.

L'intestin grêle est rouge par transparence. On y remarque des arborisations vasculaires généralisées, et de plus, à la fin du jejunum et au commencement de l'iléon des points emboliques ou ecchymotiques. Une bouillie verdâtre olive foncé ayant l'aspect de méconium est contenue dans l'intestin grêle.

Le gros intestin ne présente rien de notable, il est seulement tapissé de mucus glaireux. Le rectum contient un peu de sang.

Le *foie*, décoloré à la surface, jaunâtre et lisse, n'est cependant pas diminué de consistance; la coupe est granuleuse, d'un jaune fauve uniforme. D'après M. Laveran, il existe une dégénérescence graisseuse très marquée à la périphérie des lobules. Son poids est de 1550 grammes. La vésicule biliaire est remplie d'une bile épaisse foncée en couleur.

La *râte* très petite est normale comme consistance.

Les *reins*, lobés comme ceux du bœuf, sont sains.

La *vessie* vide est entièrement revenue sur elle-même.

Organes génitaux. *Vulve* normale. Défloration récente ou usage peu fréquent du coït.

Vagin. La muqueuse est tapissée de mucus.

Utérus. Volume et apparence normale, un bouchon muqueux garnit le col.

L'*ovaire gauche* fait place à un kyste du volume d'une tête de fœtus à terme qui dans la région sous-ombilicale de l'abdomen surmonte en obliquant à gauche le détroit supérieur du bassin dans lequel il plonge en refoulant le rectum à droite. Des brides celluleuses l'unissent aux anses intestinales voisines et aux parois de l'excavation pelvienne.

L'enveloppe du kyste est très mince et faiblement tendue sur son contenu de sorte que la palpation donne la sensation du flot hydatique. Il ne renferme autre chose qu'un liquide citrin ténu et parfaitement limpide.

L'*ovaire droit* a le volume d'un petit œuf de poule, mais il est allongé, mollasse, plissé sur lui-même, conservant l'empreinte du rectum refoulé à droite au devant et sur le côté duquel il est situé. Ouvert il s'en écoule une soixantaine de grammes d'un pus fétide, et de la coque externe se détache une sorte de membrane pyogénique.

Je ne ferai suivre d'aucune réflexion cette observation très intéressante, mais dont l'interprétation me paraît des plus délicates. Un fait à noter c'est l'existence et la régularité des menstrues malgré la transformation kystique des ovaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 *janvier* 1882. — *Présidence de M.* AVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend : 1° Une lettre de M. J. Arnould, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille, qui se porte candidat au titre de membre correspondant national dans la première division. 2° Un travail manuscrit de M. le Dr Louis Sentex, de Saint-Sever (Landes), sur un cas de mélomélie.

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE GRANULO-GRAISSEUSE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES. — Parasitisme du xanthelasma et de l'ictère grave. — *M. Balzer.* La dégénérescence granulo-graisseuse des tissus dans les maladies infectieuses n'a pas encore été expliquée d'une manière satisfaisante par les auteurs. On désigne sous ce nom des altérations qui devraient être appelées autrement, et qui demandent des constatations nouvelles. C'est ainsi que M. Balzer a reconnu que les granulations que l'on trouve dans les cellules du tissu conjonctif, dans le xanthélasma, ne présentent pas la réaction caractéristique de la graisse. Elles résistent à l'alcool, à l'éther, même à chaud, elles résistent aux essences, à l'acide osmique, etc.., M Balzer a été amené à conclure que ces granulations doivent être considérées comme des microbes. Ce sont des micrococcus arrondis ou un peu allongés qui s'accumulent dans le protoplasma des cellules du tissu conjonctif, et qui se colorent très nettement par le violet de méthylaniline. En se basant sur les formes infectieuses que revêt la maladie dans certains cas, il devient évident qu'il s'agit de parasites, de microbes.

On s'explique dès lors comment les colonies parasitaires limitées dans certains points du corps, au niveau des paupières par exemple, peuvent à un moment donné se diffuser dans toute l'économie. Le xanthélasma devient alors une maladie grave, infectieuse, avec lésions viscérales étendues, comparable à la lèpre, à la tuberculose, à la syphilis, ainsi que plusieurs observations en ont été publiées dans ces derniers temps.

Des recherches ont été entreprises dans le même sens pour l'ictère grave. Chez un homme qui a succombé à cette maladie, dans le service de M. Fournier, l'examen histologique a montré que les granulations graisseuses décrites par les auteurs dans les cellules du foie résistent à tous les réactifs dissolvants de la graisse. Elles persistent indéfiniment et sans aucune modification. Elles se colorent nettement par le violet de méthylaniline. A de forts grossissements, on reconnaît dans les cellules des micrococcus et de petit bâtonnets. Ces microbes ont été trouvés également dans le foie, dans le rein, et sur les coupes de la peau. Ces constatations sont confirmatives de l'idée universellement adoptée que l'ictère grave est une maladie infectieuse. Mais M. Balzer tient cependant à faire remarquer, en ce qui concerne l'ictère grave, que ces recherches n'ont qu'une valeur relative, l'examen histologique ayant été fait 24 heures après la mort. Elles n'établissent qu'une indication, un renseignement qui a besoin d'être confirmé par de nouvelles recherches.

La séance est levée à 3 h. 45.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 24 novembre 1881. — *Présidence de* M. le professeur Ball.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Gaucher, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Comby, sur la méningite cérébro-spinale et des faits rapportés par M. Merklen, rappelle qu'il a présenté, l'an dernier, à la Société de biologie, une observation de méningite cérébro-spinale infectieuse avec albuminurie et bactéries dans le sang et dans l'urine. Il croit être le premier à avoir démontré la nature parasitaire de la maladie et le caractère infectieux de l'albuminurie qui l'accompagne.

M. Rendu lit une observation de paralysie ascendante aiguë terminée par la guérison. (V. *France médicale*, 1881, t. II, p. 793 et 808.)

M. Comby. J'ai eu l'occasion d'observer, l'année dernière, dans le service de M. Proust, deux cas offrant beaucoup d'analogie avec celui de M. Rendu.

Deux femmes, l'une âgée de 34 ans, l'autre de 18 ans, se trouvaient en même temps dans le service pour des accidents identiques. La première avait été prise, après un refroidissement très net, de parésie des membres inférieurs bientôt étendue aux membres supérieurs et finalement généralisée ; la paralysie était exclusivement motrice, la sensibilité était intacte, la vessie et le rectum avaient échappé à la paralysie ; enfin, il n'y avait pas de fièvre. La seconde

malade avait présenté exactement les mêmes symptômes, avec cette petite particularité que la paralysie avait débuté par les membres supérieurs. Le diagnostic fut pour les deux cas : paralysie spinale antérieure aiguë de l'adulte, pronostic bénin ; le traitement consista en applications de pointes de feu le long de la colonne vertébrale, électrisation des muscles alternativement par les courants continus et interrompus.

La première malade fut prise, au quatorzième jour, d'accès de suffocation et mourut ; l'examen de la mœlle, fait par M. Gombault, permit de constater des lésions très étendues, non seulement dans les racines antérieures, mais aussi dans la substance grise de la moelle.

Quant à la seconde malade, elle se rétablit peu à peu et recouvra l'intégrité de sa force et de ses mouvements.

M'appuyant sur ces deux faits et sur l'analogie qu'ils présentent avec celui qui vient d'être rapporté, je demanderai à M. Rendu quelle différence il établit entre la paralysie spinale antérieure aiguë et la paralysie ascendante aiguë.

M. Rendu. Les principaux signes permettant de faire ce diagnostic sont le début fébrile et l'atrophie musculaire qui appartiennent en propre à la paralysie spinale aiguë. Je reconnais du reste que cette distinction n'est pas toujours possible, et pour mon cas en particulier, je me bornerai au diagnostic myélite aiguë ayant momentanément gagné le bulbe.

M. Ball fait remarquer qu'il est difficile d'admettre une inflammation de la substance grise de la moelle si brusquement terminée par la guérison.

M. Rendu. La guérison me paraît possible quand cette inflammation n'a pas dépassé la phase congestive.

M. Martinet lit uue observation intitulée : Albuminurie pendant la période secondaire de la syphilis. (V. *France méd.* 1881, t. II, p. 774).

M. Rendu fait remarquer que dans ce cas particulier une double influence a pu agir sur les reins, la blennorrhagie et la syphilis; l'albuminurie est relativement fréquente chez les malades atteints de blennorrhagie.

M. Barth demande s'il existe des statistiques prouvant que la néphrite est plus fréquente chez les individus syphilitiques que chez les autres. On peut avoir une néphrite dans le cours de la syphilis sans qu'elle soit nécessairement la conséquence de cette maladie, et, vu le peu de fréquence de cette complication, il serait bon de déterminer les caractères différentiels de la néphrite simple *a frigore* et de la néphrite syphilitique.

M. Martinet. Ces caractères distinctifs sont exclusivement donnés par l'influence du traitement antisyphilitique qui, chez mon malade, a promptement amené la guérison.

M. Méricamp lit une observation de pseudarthrose du fémur.

M. Desnos fait une communication sur un cas de fracture de l'extrémité interne de la clavicule. (V. *France méd.* 1881, t. II, p. 902.)

M. Polaillon rappelle combien le diagnostic des fractures de l'extrémité interne de la clavicule est entouré de difficultés. Seule la mensuration peut donner des éléments de diagnostic précis entre cette fracture et la luxation de l'extrémité interne de la clavicule, mais cette mensuration n'est pas possible dans les premiers temps de l'accident à cause du gonflement de la région. Le traitement de ces fractures est également difficile en raison de l'engrènement des fragments qui s'oppose à la réduction.

M. Malécot lit une observation de lymphangite suppurée terminée par pyohémie. (V. *France méd.* 1881, t. II, p. 889.)

M. Richelot. Il semble qu'il n'y ait pas de doute à avoir sur l'origine de cette lymphangite. La lymphangite de l'aisselle à la suite d'écorchures des doigts est parfaitement possible sans lymphangite intermédiaire du bras. Quant au diagnostic de la pyohémie, il ne faut pas attacher trop d'importance à l'irrégularité de la courbe thermique, aux frissons qui caractérisent habituellement cette complication. Il y a des formes feintes de pyohémie qui simulent un embarras gastrique.

M. Malécot. Le diagnostic était difficile dans ce cas, à cause de la disparition des phénomènes locaux coïcidant avec l'apparition des phénomènes généraux, et cela d'autant plus que ceux-ci n'étaient nullement caractéristiques de la pyohémie.

M. Verchère lit une observation d'abcès du sein. (V. *France méd.* 1881, t. II, p. 879.)

La séance est levée à 10 heures.

BIBLIOGRAPHIE

FORMULAIRE THÉRAPEUTIQUE à l'usage des praticiens, par *J.-B. Fonssagrives*, ancien professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, 1 vol. in-12, 467 p. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

Le formulaire thérapeutique de M. Fonssagrives est le complément du traité de thérapeutique appliquée publié par le même auteur. Son but est en apparence modeste, l'auteur visant simplement à rappeler au praticien les ressources dont son arsenal thérapeutique se compose ; il est en réalité très élevé, car M. Fonssagrives a réuni tous les moyens dont un médecin peut disposer pour guérir ses malades sans employer l'instrument tranchant. C'est ainsi que l'auteur a ajouté au formulaire pharmacologique un formulaire électrologique, un formulaire hydrologique, un formulaire climatologique et un formulaire bromatologique.

Dans les prolégomènes, les renseignements abondent : éléments des formules, associations médicamenteuses, rédaction des prescriptions, poids médicinaux, mesures médicinales, solubilité des médicaments dans les divers liquides, quantité d'alcaloïdes dans les alca loïdiques, proportion de principes actifs des préparations du Codex. Sous le nom de procédés thérapeutiques, l'auteur décrit les divers modes de l'intervention manuelle du clinicien sans aller jusqu'à l'instrument tranchant : injections, massage, respiration artificielle, ventouses, etc. Son glossaire pharmaceutique est très utile et permet au médecin de ne pas être par trop étranger à la langue qui se parle dans les pharmacies.

Les médicaments eux-mêmes sont divisés en 73 classes ; cette classification est certainement discutable et elle a déjà été discutée ; on comprendra que pour donner une idée de cette partie de l'ouvrage nous nous bornions à une énumération, déjà très longue, des titres de chapitres. Ainsi l'auteur rapporte les principales formules qui se rapportent aux agents suivants : les absorbants, les alcalifiants, les analgésiques, les anaphrodisiaques, les anérésiques, les anidrotiques, les anorexiques, les antagonistes, les anticancéreux, les antidotes, les antidiphthériques, les antiémétiques, les antigoutteux, les antiherpétiques, les antilaiteux, les antiphlogistiques, les antirhumatismaux, les antilyssiques, les antiscorbutiques, les antiscrofuleux, les antiseptiques, les antituberculeux, les apéritifs, les aphrodisiaques, les astringents, les carminatifs, les cholagogues, les coagulants, les dacryagogues, les défervescents, les délirants, les dentifrices, les dépresso-moteurs, les désaltérants, les désinfectants et désodorants, les diurétiques, les ecthymogènes, les eczémogènes, les emménagogues, les esthésiogènes, les eupeptiques, les excito-moteurs généraux, les excito-moteurs pupillaires, les expectorants, les fébrifuges, les fébrigènes, les galactogènes, les hémopoïétiques, les hémorrhagogues, les hémostatiques, les iocratiques, les lichénogènes, les parasiticides, les phlogogénétiques, les purgatifs, les rubéfiants, les sédatifs du cœur, les sédatifs respiratoires, les sialagogues, les sialostatiques, les somnifères, les somnifuges, les sternutatoires, les stimulants des forces, les stimulants lymphatiques, les sudorifiques, les tempérants, les toniques, les vésicants et les vomitifs.

Cette fastidieuse énumération offrira au moins cet avantage de donner une idée du nombre des matériaux contenus dans ce volume.

L'auteur consacre une vingtaine de pages aux formules pour enfants; enfin il termine par ces quatre formulaires : électrologique, hydrologique, climatologique et bromatologique, qui, en ajoutant à l'originalité de cet ouvrage, ajoutent de même aux nombreux services qu'il ne manquera pas de rendre aux praticiens. A. Ch.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. Parent, A. Davy, Suc, imp. de la Faculté de médecine r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 6 SAMEDI 14 JANVIER 1882.

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 6. Samedi 14 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 13 *janvier* 1882.

La nomination de M. Charcot à la chaire nouvellement créée de clinique des maladies nerveuses a laissé vacante la chaire d'anatomie pathologique. La Faculté de médecine s'est réunie hier jeudi pour examiner la demande de permutation de M. le professeur Hayem, qui abandonnerait l'enseignement de la thérapeutique pour celui de l'anatomie pathologique.

Le système des permutations a été souvent discuté et, s'il n'est pas possible de le rejeter complètement, il ne doit cependant être adopté qu'avec beaucoup de réserve. Il serait, à notre avis, absolument injuste de refuser à un savant le droit de professer une science pour laquelle il a plus d'aptitude, sous le prétexte qu'il a été chargé d'abord d'un autre enseignement. On ne peut pas non plus faire des catégories de chaires inamovibles et de chaires de passage. Il ne doit y avoir rien d'absolu à cet égard. Il faut rechercher uniquement l'intérêt de l'enseignement.

Depuis quinze ans, la Faculté de médecine a autorisé un certain *nombre* de permutations ; elle en a aussi refusé quelques-unes.

C'est l'assemblée de la Faculté qui est seule compétente pour apprécier l'intérêt de l'Ecole, c'est-à-dire celui de l'enseignement.

Pour la chaire de clinique des maladies nerveuses, pour la permutation de M. Charcot, la Faculté n'a pas été consultée, parce qu'il s'agissait d'une chaire de création nouvelle et que, dans ce cas, le pouvoir exécutif nomme directement, sans liste de présentation.

Pour la chaire d'anatomie pathologique, c'est la Faculté qui décide.

La décision de la Faculté sera ratifiée par l'opinion publique. Elle a accueilli la demande de M. le professeur Hayem. Tout le monde connait ses beaux travaux et ses belles découvertes. En cette circonstance, la Faculté a agi dans l'intérêt de l'Ecole, car M. Georges Hayem sera un excellent professeur d'anatomie pathologique.

E. B.

HOPITAL COCHIN. — M. LE D^{r} TH. ANGER.

Périostite phlegmoneuse diffuse chez un vieillard.

Par M. Ricard.
Interne des hôpitaux.

Le nommé Isu (Jules), âgé de 61 ans, matelassier, entre le 6 août 1881, dans le service de M. le D^{r} Th. Anger, à l'hôpital Cochin. Il est couché au lit n° 3, baraque n° 1.

Si l'on interroge le malade, au point de vue de ses antécédents, on ne trouve rien d'intéressant dans son passé pathologique. Il a eu la rougeole vers l'âge de 6 ans ; depuis, il s'est toujours bien porté. Pas de traces de scrofule, ni de syphilis. Quant à l'affection qui l'a amené à l'hôpital, voici comment il en raconte le début.

Un mois et demi environ avant son entrée, c'est-à-dire dans les commencements de juin, le malade ressentit dans la cuisse droite une douleur d'abord sourde et intermittente, et pas assez intense pour l'empêcher de travailler ; mais la douleur ne fit que s'accroître et, vers le 15 juin environ, le malade fut obligé de s'aliter ; il ressentait à ce moment, dans la cuisse, des élancements et des battements tels, qu'il lui semblait qu'on lui « brisait les os ». Le membre inférieur était lourd, impotent. Un médecin fut appelé et prononça les mots de névralgie, rhumatisme. Le malade prit quelques potions qui restèrent sans effet. La douleur augmentant encore, le médecin appliqua une série de vésicatoires sur la cuisse.

Pendant sept semaines, le malade fut en proie à des douleurs intolérables, et il nous arriva dans l'état suivant :

6 août. Le facies est pâle, amaigri, la langue blanche, saburrale, sans être sèche, la peau chaude, la température axillaire donne 39°, la cuisse droite est triplée de volume ; la jambe, le pied participent au gonflement ; la couleur est d'un blanc mat. La jambe est en demi-flexion sur la cuisse.

En examinant le membre, on voit qu'il existe un œdème considérable ; que dans l'articulation du genou, il paraît y avoir du liquide. Mais ce que l'on remarque de plus important, c'est que, sous l'œdème de la cuisse, il y a une fluctuation manifeste, et que cette fluctuation se perçoit franchement dans toute l'étendue du membre, en haut comme en bas, en avant comme en arrière. Albuminurie.

Le 7. M. Marchand, que suppléait alors M. Th. Anger, pratique sous le chloroforme des incisions larges et multipliées ainsi réparties : trois à la partie antérieure et médiane, une à la partie inférieure et interne, et deux à la partie postéro-externe de la cuisse. Ces incisions donnent issue à un litre et demi de pus environ ; on relie les différentes incisions par des tubes à drainage. Injections phéniquées. Pansement phéniqué. T. S. 39,8.

Le 10. Aucune réaction au niveau des plaies qui restent atones et blafardes ; la source du pus paraît tarie ; la pression sur la cuisse vide des foyers que les incisions n'ont pas encore atteints. Les douleurs ont diminué ; le malade s'étiole, ne mange pas, une diarrhée persistante s'établit ; la température oscille entre 37,8 le matin et 39,5 le soir. Frissons irréguliers.

Le 12. M. Marchand pense à faire de nouvelles incisions pour combattre plus efficacement le stagnation du pus ; le malade est

anesthésié par le chloroforme, et les incisions existantes sont largement agrandies au thermo-cautère.

Le 15. Diarrhée persistante. Albuminurie. Mort à 4 heures de l'après-midi.

L'*autopsie* fut faite trente-six heures après la mort, le 17.

Le cerveau était pâle, mais sain.

Le poumon, absolument normal et exempt d'adhérences.

Le péricarde contient environ 40 grammes d'un liquide séreux.

Le cœur est petit, graisseux, flasque, à peine coloré ; sur la face antérieure du ventricule droit existe une grande plaque laiteuse de la largeur d'une pièce de 5 francs ; les orifices sont normaux.

Le foie est jaunâtre, gras, pèse 1,250 gr.

Les reins sont gros et entièrement gras. A l'examen microscopique, ils ont donné nettement les réactions propres à la dégénérescence amyloïde.

Les autres viscères abdominaux étaient sains.

Le fémur malade était entièrement séparé des parties molles par une membrane granuleuse et partout baignait dans le pus. L'articulation de la hanche était saine ; celle du genou était remplie de pus, quoique la synoviale ne fut pas perforée.

En pratiquant sur le fémur une coupe longitudinale, on trouve sur toute la périphérie du tissu compact, une néoformation osseuse qui enveloppe l'os primitif. Cette néoformation est surtout marquée vers la partie moyenne et donne à l'os un aspect fusiforme ; toutes les aréoles de ce nouveau tissu, qui est friable, sont remplies de pus. Le tissu compact est injecté, vascularisé et creusé par places de vacuoles purulentes. La moelle de l'os est rouge, comme carnifiée, et contenant plusieurs petits abcès de la grosseur d'une petite noisette.

Nous avons donc eu affaire à une ostéomyélite aiguë survenue spontanément, et il nous a paru intéressant de publier son observation, à cause de la rareté de cette affection chez les vieillards.

Transmission de la syphilis par la voie placentaire,

Par le Dr Lutaud.

(Communication à la Société de médecine pratique.)

J'ai observé récemment un cas dans lequel la syphilis me semble avoir été communiquée par la circulation placentaire pendant la grossesse. Je crois utile de rapporter ce cas, ainsi que trois autres qui ont été communiqués par un médecin étranger.

Mme B..., âgée de 27 ans, n'a jamais eu aucun symptôme de syphilis. Appartenant à une famille des plus honorables. il est impossible de mettre en doute ses déclarations sur ce point, déclarations qui se trouvent, du reste, confirmées par un examen des plus détaillés.

Mme B... a épousé un mari qui a eu un chancre induré deux ans avant son mariage et qui ne présente actuellement que quelques accidents tertiaires non contagieux.

La grossesse survint aussitôt après le mariage. Vers le sixième mois, Mme B... présenta des accidents qui l'inquiétèrent, ainsi que son mari. A l'examen, je constate des plaques muqueuses dans la gorge, quelques condylomes à l'anus et une roséole des plus prononcées.

Comment Mme B... a-t-elle pris la syphilis?

Aucun chancre induré n'a été constaté et son mari ne présente aucun accident contagieux. Ce ne peut être que par la voie placentaire.

Cette opinion m'a été confirmée, deux mois plus tard, par la naissance d'un enfant venu un mois avant terme et qui présentait tous les symptômes de la syphilis infantile. L'enfant succomba le huitième jour. La syphilis suivit chez Mme B... son cours habituel.

A ce fait, il faut ajouter les trois suivants qui se rattachent à la même question et qui semblent prouver que la syphilis peut être transmise à la mère par le fœtus.

Une femme, âgée de 24 ans, consulte le Dr Berhend, le 18 août 1874, pour une affection des organes génitaux dont elle a remarqué les premiers symptômes huit jours auparavant. Elle était alors arrivée au neuvième mois de sa grossesse et avait eu sa menstruation à la fin de décembre 1873. A l'examen, on constata l'existence d'un condylome sur les lèvres, d'une induration superficielle sur la petite lèvre gauche, d'une roséole sur le tronc, d'un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aine et du cou, et d'une pharyngite catarrhale. Tous ces symptômes disparurent sous l'influence des frictions mercurielles, et la malade accoucha le 13 septembre d'un enfant à terme. Le lendemain de l'accouchement, la mère et l'enfant ne présentaient aucun symptôme syphilitique. Mais, au bout de trois semaines, des condylomes apparurent autour de l'anus de l'enfant. Ils disparurent après 15 bains au sublimé. Le 24 janvier 1876, l'enfant eut un catarrhe purulent du nez et des accidents muqueux à la bouche. Ces symptômes disparurent de nouveau sous l'influence du traitement mercuriel.

Le père avait été examiné aussitôt après la naissance de l'enfant et présentait alors de l'alopécie, de l'engorgement ganglionnaire et des condylomes à l'anus. Il dit avoir eu des rapports sexuels *extra-conjugaux*, quatre mois après son mariage, à la suite desquels il eut une ulcération du prépuce, que son médecin lui déclara être un chancre induré.

Le mari et la femme eurent de nouveaux accidents syphilitiques en janvier 1875; ils eurent un enfant sain en 1877. M. Berhend pense qu'il n'est pas douteux dans ce cas que la syphilis ait été transmise à la mère par le fœtus, c'est-à-dire par la voie placentaire.

Mme W..... vint consulter M. Berhend le 9 novembre 1879. Elle présentait alors des condylomes ulcérés à l'anus et à la vulve, des syphilides papuleuses, des plaques muqueuses dans la gorge, de l'engorgement ganglionnaire et de l'alopécie. La malade avait eu sa dernière menstruation le 20 février et se trouvait, par conséquent, dans le dernier mois de sa grossesse. Elle avait remarqué pour la première fois une ulcération indurée à la vulve au commencement d'août et s'était soumise à un traitement pendant quelques semaines. Le mari avait été soigné par M. Berhend pour un chancre induré en juillet.

Les symptômes syphilitiques de la mère disparurent sous l'influence d'un traitement spécifique et elle accoucha le 27 novembre d'un enfant à terme ne présentant aucun signe de syphilis.

L'enfant ne put être nourri par sa mère qui fut atteinte d'une paramétrite et dut être envoyée à l'hôpital. Pendant l'absence de celle ci il fut négligé et succomba le 2 mars 1880. M. Berhend put examiner l'enfant après sa mort et constata des lésions syphilitiques sur les cuisses, les jambes et la face palmaire des pieds.

Les parents eurent encore des accidents syphilitiques qui cédèrent à un traitement approprié.

Quoique différant de la précédente, cette observation démontre également que la syphilis peut être transmise par la voie placentaire; dans le premier cas c'est le fœtus qui transmet la syphilis à la mère, dans le second, c'est la mère qui transmet la syphilis au fœtus.

L'auteur cite encore des faits analogues, notamment une observation de Zeissl et une de Vajda, qui prouvent d'une façon incontestable la transmission de la syphilis par la circulation placentaire. Il pense cependant que cette transmission n'a pas lieu d'une façon absolue dans tous les cas. Cependant en ce qui concerne le fœtus, on peut dire qu'elle a presque toujours lieu. La plupart des cas dans lesquels il est dit que le fœtus est resté sain pendant que la mère était en puissance de la syphilis ne sont pas très concluants, parce que l'enfant n'a pas été soumis à une observation suffisamment prolongée. Ainsi, par exemple, dans un cas rapporté par Caspary on concluait à la non-infection de l'enfant, parce que celui-ci n'avait présenté aucun symptôme syphilitique dans les quatre premiers mois de sa naissance. Il faut soumettre l'enfant à une observation plus prolongée et M. Berhend a vu chez un enfant syphilitique les accidents ne survenir que le huitième mois. Chez deux autres enfants dont il rapporte l'observation, les symptômes syphilitiques ne se montrèrent que le sixième mois.

L'auteur se demande ensuite si une femme mariée à un syphilitique et portant dans l'utérus un enfant syphilitique peut échapper à la maladie.

L'observation suivante que nous rapportons avec quelques détails semble le prouver.

Une dame âgée de 27 ans épousa un homme sain en 1864. Six mois après, le mari contracta la syphilis et fut traité pour des accidents variables jusqu'à sa mort qui survint en 1879. Pendant ces quinze années de mariage, cette dame resta parfaitement saine; elle n'eut ni éruption, ni plaques muqueuses. et sa santé générale ne fut jamais altérée. Pendant les huit années qui suivirent son mariage, elle eut plusieurs fœtus macérés, qui naquirent vers le septième mois. En 1872, elle eut un enfant vivant qui portait une éruption syphilitique et succomba au bout de deux mois. En 1874, autre enfant vivant avec des pustules syphilitiques aux pieds.

Ces symptômes disparurent sous l'influence d'un traitement mercuriel. Enfin deux enfants sains vinrent au monde en 1876 et en 1878.

Un d'eux eut des symptômes au bout d'un mois qui cédèrent également au traitement hydrargyrique.

A ces observations, dont je n'ai fait que donner un court résumé, il faut ajouter des faits analogues publiés par Ranke, Drysdale et autres auteurs.

Je me crois donc autorisé à conclure que la syphilis est presque toujours transmise à la mère lorsque le fœtus est syphilitique et que cette transmission a lieu par l'intermédiaire de la circulation placentaire. J'ajouterai qu'elle peut cependant ne pas avoir lieu dans quelques cas.

J'ai l'intention de compléter l'étude de cette importante question en ajoutant aux observations rapportées plus haut, des faits récemment observés à Saint-Lazare. Ce sera l'objet d'une prochaine communication.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 *janvier* 1882. — *Présidence de* M. DE SAINT-GERMAIN.

DE L'EXTIRPATION DES FIBROMES UTÉRINS. — *M. Dezanneau* (d'Angers) lit un mémoire intitulé : *Contribution à la pratique de l'énucléation des fibromes de l'utérus*, dont voici les conclusions :

1° L'énucléation est le seul traitement applicable aux fibromes utérins faisant saillie dans le vagin.

2° L'énucléation est indiquée toutes les fois que des hémorrhagies ou des troubles dus à la compression mettent les jours du malade en danger.

3° En raison de leur tendance à marcher vers le vagin, l'opération doit être retardée autant qu'on le peut.

4° Le doigt pour l'énucléation est préférable, quand on peut s'en servir, soit à l'ongle métallique, soit aux curettes, etc.

5° L'ongle doit être dirigé vers la tumeur, pour épargner le tissu utérin.

6° Quand le doigt ne peut plus agir, la torsion et les mouvements de traction sont les meilleurs moyens à employer.

7° On doit saisir fortement le fibrome avec les instruments appropriés; la chaîne d'écraseur assez fortement serrée peut rendre dans ce but les plus grands services.

8° L'énucléation, pouvant être l'origine d'accidents sérieux, doit être faite avec les plus grands ménagements et être suivie de l'emploi des agents antiseptiques.

M. Trélat pense que les difficultés d'extirpation sont en rapport avec les connexions qu'affecte le fibrome avec la cavité utérine. Il ne veut insister que sur un point de médecine opératoire : l'utilité de la chaîne d'écraseur assez fortement serrée comme moyen de traction; il a eu l'occasion de juger de la valeur de cet agent dans un cas grave et complexe qu'il a observé il y a environ cinq ans. Depuis, il a employé la chaîne d'écraseur de propos délibéré dans un autre cas, et il a insisté sur ce point à propos de la communication de M. Labbé à l'Académie de médecine.

M. Guéniot distingue au point de vue opératoire les polypes vrais des *fibroïdes interstitiels*. Dans ces derniers, quand on a détruit avec le doigt la plus grande partie des adhérences, les moyens d'attache qui restent encore sont faibles et la torsion est bonne à appliquer. Incidemment, il signale les difficultés qu'on éprouve quelquefois à distinguer un polype d'un utérus introversé.

M. Gillette croit que la torsion peut convenir également aux corps fibreux intra-utérins et aux tumeurs pédiculées. Il cite des cas où cette méthode lui a donné de bons résultats.

M. Després dit qu'il ne voudrait pas qu'on dît qu'on ne peut pas distinguer un utérus introversé d'un polype; le diagnostic est toujours possible; on sent le vide par le palper hypogastrique.

M. Guéniot. M. Després a raisonné d'une manière générale, et, à ce point de vue, je suis de son avis, mais il est des cas particuliers, exceptionnels si l'on veut, où le diagnostic est très difficile, sinon impossible. Il cite deux cas de M. Boivin et de M. Richet.

M. M. Sée est d'accord avec M. Després sur la facilité du diagnostic des polypes d'avec l'introversion. Il n'est pas partisan de la torsion ni des tractions.

M. F. Guyon appuie les conclusions de M. Sée sur les dangers de la torsion qui a été du reste, depuis fort longtemps, l'objet de critiques méritées. Il semble qu'on ait voulu faire la torsion pour éviter les hémorrhagies, mais elles ne sont nullement à craindre, comme le

faisait remarquer il y a longtemps Dupuytren; elle peut être utile dans quelques cas particuliers, comme l'ont fait remarquer M. Dézanneau et M. Trélat, et pour compléter l'opération; car, faite d'emblée, elle porte, non sur les adhérences de la tumeur, mais sur le tissu utérin lui-même. Il ne faudrait pas en faire une méthode de choix.

M. Trélat. Il n'y a pas de méthode absolue; la torsion peut être une méthode de choix ou de nécessité, non pas comme moyen hémostatique, mais parce qu'elle aide à bien terminer une opération.

M. Dézanneau croit que la torsion est un très bon moyen, surtout pour terminer une opération. Quant aux tractions, elles peuvent être faites sans danger, surtout si elles sont faites lentement et si la malade n'a pas eu auparavant d'inflammations périutérines.

Il insiste sur la sensibilité du tissu utérin qui permet de savoir si on touche la tumeur ou le tissu utérin; elle permet de diagnostiquer un polype d'un fibrome; cependant, dans quelques cas, le diagnostic est très difficile, et il cite un cas où il fut impossible.

M. Trélat ne veut pas parler des cas particuliers qui peuvent offrir certaines difficultés; il raisonne en général. Quand l'hystéromètre, placé dans la cavité utérine, donne 5 cent., ainsi que le faisaient remarquer Huguier et Barnes, on peut être sûr qu'on n'a pas affaire à une inversion. En cas d'embarras, quand on tient le col à la vulve, mettez un ou deux doigts dans le rectum; si on a affaire à une inversion, on peut accrocher le fond de l'utérus; on lève toute espèce de doute en mettant une sonde recourbée dans la vessie. A M. Dézanneau, qui lui objecte à propos de la mensuration par l'hystéromètre que l'on est souvent en présence d'utérus augmentés de volume, il répond que ce n'est qu'une question de proportion, et qu'il faut augmenter plus ou moins les chiffres suivant que l'utérus est plus ou moins volumineux. Du reste, les moyens d'exploration par la vessie et l'anus conservent toute leur valeur.

M. M. Sée recommande le pansement à l'iodoforme après l'opération.

Elections. — Sont nommés :

Membres associés étrangers : MM. Spencer Wells et Arlt;

Correspondants étrangers : MM. Annandale et Zancarol;

— *nationaux :* MM. Comballat et Larger.

Le 18 janvier aura lieu la séance annuelle de la Société de chirurgie, dont voici l'ordre du jour :

1° Allocution de M. de Saint-Germain, *président*;

2° Compte rendu des travaux de l'année 1881, par M. Le Dentu, *secrétaire annuel*;

3° Eloge de M. Chassaignac, par M. Horteloup, *secrétaire général*;

4° Proclamation des prix pour l'année 1881.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI° ARRONDISSEMENT

—

Séance du 28 *novembre* 1881. — *Présidence de M.* POLAILLON.

M. Foucart a été consulté par un homme de 35 ans, un peu hypochondriaque, chez qui le seul antécédent pathologique est une blennorrhagie contractée en 1870 et qui, négligée pendant le siège, ne fut guérie qu'en mars 1871 ; il n'y a pas eu d'orchite. En 1872, il se maria et depuis sa santé a été bonne, sauf un peu de spermatorrhée en 1874, 1879 et il y a un mois. Il vient consulter pour une tumeur du testicule droit, et se plaint depuis quelque temps d'envies d'uriner presque irrésistibles et très pénibles, s'il ne peut les satisfaire tout de suite. En dehors de ce phénomène, on ne trouve aucun symptôme morbide, ni douleur abdominale, ni signe de calcul, ni gravier dans l'urine qui est normale, pas de rétrécissement de l'urèthre, pas d'écoulement uréthral. Le testicule et le cordon gauche sont sains, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire ; du côté droit le cordon et le testicule lui-même sont normaux aussi, mais au niveau de la tête de l'épididyme, on trouve un corps du volume d'un demi-haricot, de forme irrégulière, très dur, indolent par lui-même, légèrement sensible à la pression et très mobile ; on peut le faire glisser jusqu'à la moitié du testicule par en bas, et remonter assez haut le long du cordon, pas cependant jusqu'à l'anneau. Ni la marche, ni les secousses de la voiture ne déterminent de douleur. Il y a un léger degré de varicocèle de ce côté seulement. Quelle est la nature de cette tumeur? Elle est bien dure pour un kyste ! S'agit-il d'un corps étranger de la tunique vaginale ? J'ai conseillé de prendre des douches contre la spermatorrhée et de se borner à l'usage d'un suspensoir pour la grosseur testiculaire.

M. Pruvost demande si on a fait l'examen microscopique du liquide regardé comme du sperme, et pense qu'il y a plutôt prostatorrhée.

M. Machelard. Quel est l'état du canal déférent ? La prostate a-t-elle été examinée ? Il serait important de le faire pour écarter ou admettre l'idée de tubercule. Il parait y avoir de la cystite du col ; la miction est-elle fréquente la nuit ?

M. Foucart. L'examen de la prostate n'a pas été fait, mais il n'y a aucune douleur au périnée, et puis ce corps serait bien dur pour du tubercule, à moins qu'il ne soit calcifié ; on ne trouve aucun antécédent personnel ni héréditaire. Les envies d'uriner sont fréquentes surtout pendant les repas qui se prolongent. La spermatorrhée a été intermittente et peu prolongée.

M. Polaillon pense qu'il ne s'agit pas d'une vraie spermatorrhée ; celle-ci ne se produit guère qu'avec des pollutions, comme chez un

malade qu'il observe actuellement, et qui, atteint d'une fracture de la colonne vertébrale, présente de la spermatorrhée dans une demi-érection, avec sensation voluptueuse, mais devenant pénible par sa répétition. Lallemand a regardé à tort comme spermatorrhée des écoulements d'un liquide transparent et filant venant des glandes de Cowper ; ces faits sont bien étudiés dans la thèse de Gubler. Chez ce malade, la blennorrhagie s'est guérie, mais il est resté une irritation des parties profondes de l'urèthre, bien démontrée par les envies fréquentes d'uriner et qui provoque l'écoulement du liquide des glandes de Cowper.

Quant à la tumeur, un corps étranger aurait une mobilité plus complète, et tomberait jusqu'à la partie inférieure des bourses, et, d'autre part, irriterait la tunique vaginale et provoquerait un épanchement. Il est plus probable que cette tumeur dépend de l'hydatide de Morgagni ou du corps innominé de Giraldès, débris du corps de Wolf que l'on sent chez beaucoup de personnes sous forme d'un petit corps dur; je pense qu'il s'agit d'une transformation kystique ou peut-être d'une crétification de cet organe.

M. Foucart a senti chez son malade l'hydatide de Morgagni, et la petite tumeur est située entre l'hydatide et la tête de l'épididyme.

M. Polaillon fait remarquer qu'il y a beaucoup d'irrégularité dans la disparition du corps de Wolf, il peut donc y avoir un débris particulier qui aurait été le point de départ de la tumeur. D'autre part, la mobilité peut-être due à ce que ce corps dur s'est créé une cavité accidentelle.

M. Machelard conseille des badigeonnages iodés sur la tumeur, et la cautérisation de l'urèthre profond suivant le procédé d'injection préconisé par M. Guyon.

M. Polaillon fait observer que s'il était démontré que la tumeur est du tubercule, il faudrait l'enlever, pour éviter la généralisation. L'opération est facile pour le testicule ; plus discutable pour l'œil, on doit la faire quand le tubercule a détruit la vision.

M. Pruvost soigne une femme de 40 ans, primipare, qui, au terme de sa grossesse, fut prise, en soulevant un matelas, d'un étouffement avec sentiment de constriction cardiaque et perdit connaissance. Examinée quelques heures après, on trouvait les lèvres violacées et le pouls faible à 140, et l'on constatait un léger souffle au deuxième temps vers le sternum. Le col n'était pas dilaté. Dans la nuit le travail se déclare, et l'oppression diminue. A 6 h. du matin, le col était dilaté comme une pièce de 50 centimes, l'accouchement se fit à 1 h. de l'après-midi. L'enfant fut assez difficile à ranimer. L'oppression augmenta un peu après l'accouchement, et je constatai un bruit de piaulement vers le cœur droit. Le lendemain, la malade rendit quelques crachats sanguinolents qui durèrent trois jours jus-

qu'à hier. La cuisse gauche était gonflée, très dure, et l'on pouvait constater une douleur assez vive sur le trajet des vaisseaux fémoraux; cette douleur se propageait dans l'abdomen, le long des vaisseaux iliaques. Du côté droit, rien de semblable. Le repos, des cataplasmes, des frictions hydrargyriques belladonées ont calmé les douleurs,. mais le membre reste très volumineux et dur. Cette femme allaite.

M. Polaillon fait remarquer que les accidents ont débuté avant l'accouchement. et conseille d'insister sur le repos pour tâcher d'éviter une nouvelle embolie. La malade avait-elle des varices pendant sa grossesse ! est-elle rhumatisante ! On a déjà signalé chez les femmes atteintes d'accidents gravido-cardiaques ce fait, que les enfants naissent souvent morts ou en état d'asphyxie.

M. Pruvost n'a pas constaté de varices chez sa malade.

M. Machelard demande si des médecins du bureau de bienfaisance ont remarqué ce fait signalé dans le dernier bulletin de statistique municipale, que la fièvre typhoïde aurait sévi dans un quartier de Paris, spécialement sur les gens qui font usage d'eau non filtrée, et rappelle à ce propos un mémoire de M. Bouchut où étaient signalées des altérations assez considérables des eaux du réservoir de la rue Racine.

M. Foucart n'a pas eu à soigner de fièvre typhoïde depuis assez longtemps au bureau de bienfaisance.

La séance est levée à 10 heures.

Le Secrétaire annuel,
E. PERCHERON.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 16 au 21 janvier 1882.) — *Lundi*, 16. — Doctorat, 3e : MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 5e (Charité) : MM. Charcot, Guyon et Budin. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Potain et Pozzi. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Parrot et Pinard.

Mardi, 17. — Doctorat, 2e : MM. Le Fort, Panas et Bouilly. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er : MM. Sappey, Ball et Humbert. 4e : MM. Brouardel, Bouchard et Grancher. — 5e (Charité) : MM. Richet, Lasègue et Charpentier. — 5e (Charité) : MM. Pajot, G. Sée et Berger.

Mercredi, 18. — Doctorat, 1er : MM. Trélat, Tillaux et Terrillon. (*Epeuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 2e (nouveau mode, 2e partie, physiologie) : MM. Béclard, Hayem et Richet. — 3e : MM. Regnauld, Baillon et Gay. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Potain et Reclus. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Fournier et Budin.

Jeudi, 19. — Doctorat, 2e : MM. Richet, Hardy et Debove. — 2e : MM. Le Fort, Peter et Hallopeau. — 2e : MM. G. Sée, Ball et Berger.

Vendredi, 20. — Doctorat, 1er : MM. Béclard, Tillaux et Cadiat. — 1er : MM. Vulpian, Trélat et Remy. — 3e : MM. Regnauld, Baillon et Gay. — 5e (Charité) : MM. Potain, Guyon et Budin. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Fournier et Pinard.

Samedi, 21. — Doctorat, 1er : MM. Sappey, Panas et Peyrot. — 2e : MM. Lasègue, Brouardel et Berger. — 4e : MM. Jaccoud, Laboulbène et Raymond. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Ball et Charpentier. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Hardy, Pajot et Richelot.

Samedi, 21. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

Ministère de la marine. — Par décret du Président de la République, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef : M. Duburquois (Alexandre-Thomas-Didier), médecin principal.

Au grade de médecin principal : 1er tour (ancienneté). M. Veillon (Alexandre), médecin de 1re classe.

Ministère de la guerre. — *Concours pour un emploi de professeur agrégé.* — Un concours s'ouvrira, le 15 avril 1882, à l'école du Val-de-Grâce, pour un emploi de professeur agrégé. Cet emploi comporte l'enseignement de la chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Les épreuves du concours sont déterminées ainsi qu'il suit, et continueront à être exécutées conformément aux prescriptions de la décision ministérielle du 6 avril 1878 :

1° Composition écrite sur une question de chimie pharmaceutique.

2° Une ou plusieurs préparations officinales du formulaire des hôpitaux militaires.

Leçon d'une heure sur les développements théoriques.

(Ces deux premières épreuves sont éliminatoires.)

3° Epreuve relative aux problèmes d'hygiène ou de recherche toxicologique qui peuvent se présenter dans l'armée ; rapport relatant les faits survenus pendant l'expertise, et les conclusions à en tirer. (Quatre heures seront consacrées à cette épreuve.)

4° Epreuve orale et pratique sur la comptabilité de la pharmacie.

Conformément à la décision ministérielle du 4 février 1881, seront seuls admis à prendre part à ce concours, les pharmaciens-majors de 1re et de 2e classe.

Les pharmaciens pourvus de l'un de ces grades, qui désireront prendre part au concours, adresseront à M. le ministre de la guerre une demande qui, *sous peine de rejet*, devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs de service.

Cette demande devra parvenir au ministre, par la voie hiérarchique, avant le 1er avril prochain, terme de rigueur.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 7 MARDI 17 JANVIER 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 7. Mardi 17 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE HOTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR RICHET.

Calcul du rein, néphrotomie.

Leçon recueillie par M. Bazy,
Chef de clinique chirurgicale.

Je veux vous reparler aujourd'hui d'une malade que vous m'avez vu opérer il y a un mois environ et à qui je vais faire une seconde opération. Il s'agit de cette malade chez laquelle, vous vous le rappelez, j'ai ouvert un abcès périnéphrétique développé autour d'un rein atteint d'hydronéphrose suppurée consécutive à la présence du calcul.

Les suites de cette opération ont été d'abord des plus heureuses; la fièvre, qui était vive avant, était tombée, la diarrhée avait disparu; l'appétit revenu, et la tumeur avait notablement diminué de volume.

Au bout de quinze jours la tumeur reparaissait, les urines redevenaient purulentes, il survenait de petits frissons, des envies de vomir, du malaise indiquant très nettement une nouvelle poussée inflammatoire dans la région ; je l'examinai très attentivement tous les jours, surveillant la marche de cette tuméfaction nouvelle ; un jour, en avant de l'incision, je trouvai de la fluctuation. Je demandai un trocart, je l'enfonçai au centre de la tumeur, et je retirai environ 250 grammes de pus qui était contenu dans un abcès distinct de la cavité que nous avions sous les yeux et que nous avions vidée par la première opération. J'ai trouvé que c'était la substance du rein qui avait continué à suppurer. A ce moment, je me proposai d'intervenir plus activement si les accidents continuaient. Cette ponction procura un grand soulagement et amena une détente qui, malheureusement, ne fut que passagère. En effet, depuis sept ou huit jours, la langue devient sèche, l'amaigrissement augmente, la fièvre reparaît aussi intense qu'au début ; il est évident que la suppuration continue, et la poche se remplit. En présence de cette situation, je considère que je suis mis en demeure d'intervenir, car il est clair que les ponctions sont insuffisantes et ne font que retarder le moment définitif.

Quel mode d'intervention devrai-je choisir?

Je me trouve en présence de deux solutions : ou bien faire une large incision au foyer, donner issue au pus et attendre que les parties de la substance rénale qui suppurent soient détachées par la suppuration, ou bien faire l'extirpation du rein, la néphrectomie, pour employer une expression récente. L'extirpation du rein se fait rarement et surtout ne se fait pas pour des cas semblables aux nôtres.

Elle ne s'est adressée qu'à des reins en place et non en ectopie comme le nôtre, et à des reins dont l'atmosphère cellulo-graisseuse est intacte et permet de détacher complètement l'organe, sans craindre de léser le péritoine.

On fait, vous le savez, dans la région lombaire, une incision allant de la 12e côte à la crête iliaque, à travers laquelle on peut prendre le rein, que l'on enlève après avoir, au préalable, placé une forte ligature sur les vaisseaux.

Chez notre malade, nous sommes dans des conditions toutes différentes.

Le rein est déplacé, est porté en avant, vient se mettre en contact avec la paroi abdominale, et repousse le côlon en dedans; il s'étend de la douzième côte à la voûte iliaque, et arrive jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic.

Il est très important, comme vous le pensez, avant d'aller à la recherche de ce rein, de bien connaître ses rapports et surtout ceux qu'il affecte avec le côlon ascendant dont il occupe maintenant la place.

Un examen approfondi de la région m'a conduit à cette conclusion que le côlon est dévié vers la ligne médiane; il décrit une courbure dont la concavité regarde et embrasse le rein ectopié. Ayant établi ces rapports et la place occupée par tous ces organes, nous sommes sûrs d'atteindre le rein et de n'atteindre que lui, et, je puis vous le dire déjà, nous tomberons bientôt dans sa cavité, formée par un grand nombre d'alvéoles dans l'une desquelles nous trouverons un calcul. Je dois ajouter que ce rein, placé dans la concavité du côlon ascendant, lui est adhérent, comme du reste il adhère à la paroi abdominale.

C'est donc sur un rein déplacé et adhérent aux organes voisins que nous aurons à agir. C'est dans ces conditions que nous avons à choisir entre les deux opérations dont je vous parlais tout à l'heure.

Dans l'hypothèse de la première opération, je ferai une large incision pour ouvrir largement le foyer, et je réséquerai certaines parties de la substance rénale, pour éviter d'avoir une cavité anfractueuse; je ferai en un mot une espèce de résection de la substance rénale, analogue à une résection osseuse. L'autre opération, au contraire, est l'extirpation totale ou néphrectomie.

Je me refuse à faire l'extirpation, parce que je prévois que, si je voulais extirper, je m'exposerais à ouvrir le côlon et le péritoine, à cause des adhérences intimes qu'ont contractées ces deux organes avec le rein ; si j'ajoute à cela les conditions dans lesquelles se trouve la malade, je crois que ce n'est pas une opération à tenter.

C'est donc une sorte de résection que je pratiquerai. Voici comment je procéderai:

Nous avons déjà une large incision qui communique avec un foyer

assez étendu, dans lequel j'ai pu hier mettre mon doigt et que j'ai pu facilement explorer.

Je convertirai cette incision rectiligne en une incision courbe, à concavité antérieure, en la prolongeant par en haut du côté des fausses côtes, et par en bas du côté de la crète iliaque. J'aurai ainsi un large lambeau que je relèverai; je pourrai ainsi voir le rein et agir sur lui, comme je jugerai à propos de le faire.

Je ferai cette incision au thermocautère, pour éviter une perte de sang, qui, si petite qu'elle fût, serait préjudiciable à la malade dont la faiblesse est si grande. De plus, j'aurai une plaie brûlée qui n'aura aucune tendance à se refermer; je pourrai ainsi déterger facilement le foyer et agir plus tard sur lui, si je le juge nécessaire. J'insiste, messieurs, parce que cette facilité de réunion des bords de la plaie a été un des ennuis de la dernière opération: nous avons été obligés de lutter contre la réunion prématurée.

Mais je reviens à l'opération : je vous disais que j'aurais un lambeau suffisamment étendu pour me permettre de bien voir le rein et d'agir commodément sur lui : je verrai si je peux alors faire l'extirpation : mais je ne le crois pas; je ne ferai qu'une résection partielle. Rappelons-nous toutefois que cette résection est une opération délicate et remplie d'inconnu; la facilité des hémorrhagies, le voisinage du côlon et du péritoine expliquent suffisamment nos réserves.

L'opération s'est faite, comme je l'avais dit. Après avoir fait l'incision de la peau au thermocautère, j'ai décollé avec mes doigts la surface convexe du rein; je l'ai fendue largement et je suis tombé sur une assez grande cavité, remplie de pus glaireux et divisée elle-même en trois cavités secondaires, une inférieure, s'enfonçant presque dans la fosse iliaque, une antérieure allant du côté de l'ombilic, et une troisième supérieure du côté des fausses côtes. J'ai réséqué les promontoires, les éperons de substance rénale qui séparaient ces cavités l'une de l'autre; j'ai eu alors un foyer lisse et facile à déterger. En regardant attentivement dans le fond, j'ai vu un orifice par lequel suintait du pus : j'ai introduit ma sonde cannelée et j'ai incisé avec précaution en haut et en bas; j'ai mis alors à nu un calcul ramifié, de la grosseur d'une noix, qui, ainsi que vous pouvez le constater, est composé de phosphate de chaux. J'ai exploré ensuite la cavité dans tous les sens et je n'ai rien senti : tout faisait donc espérer un résultat heureux. Mais quelques jours après, cette malade a été prise d'accidents sérieux : elle a eu pendant trois jours de suite des frissons intenses avec élévation considérable de la température et sueurs profuses; il n'y a pas trace de péritonite; mais quoique je n'ai rien constaté du côté des articulations, ni du côté du

foie, je crois que cette malade est atteinte d'infection purulente.

Faut-il attribuer ces accidents à des lésions du rein du côté opposé. Pour mon compte, je ne le crois pas ; si l'on peut observer des néphrites à la suite d'opérations faites sur l'urèthre ou la vessie, et si on peut les expliquer, je ne vois pas trop comment on pourrait expliquer ici un retentissement sur le rein du côté opposé. Serait-ce une hyperémie de ce rein sain ? Mais je dois vous dire que le rein malade ne fonctionnait guère depuis longtemps, et l'opération que j'ai pratiquée n'a pas dû beaucoup diminuer sa fonction. C'est donc à l'idée de l'infection purulente que je me rattache.

La malade est morte au bout de quelques jours, après avoir eu de nouveaux frissons.

L'autopsie a démontré l'intégrité absolue du rein du côté opposé, et l'existence dans les deux poumons d'abcès d'origine métastatique non douteux. Il n'y avait rien au foie, ni à la rate, ni dans les articulations ; l'infection purulente était suffisamment démontrée.

Le côlon avait *exactement* la disposition assignée par le professeur Richet.

On n'a pas pu trouver la phlébite expliquant la pyohémie, voir son point de départ en un mot.

Étude expérimentale sur la métalloscopie, l'hypnotisme et l'action de divers agents physiques dans l'hystérie,

Par MM. A. Dumontpallier et P. Magnin.

Toutes les expériences relatées dans le Mémoire que nous avons l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie ont été faites sur des malades hystériques du service de M. Dumontpallier.

Sur ces malades, sensibles ou insensibles de tout le corps, on peut, par l'application du métal qui leur convient sur telle ou telle partie, fixer ou faire apparaître la sensibilité dans telle ou telle région, et cela au gré de l'expérimentateur.

On peut, de plus, la malade étant dans l'état d'hypnotisme, à l'aide de plaques convenablement disposées, produire des phénomènes croisés de catalepsie et de contracture, et, de plus, diviser l'être hypnotisé en quatre segments, de haut en bas, dans le sens transversal, savoir :

L'un supérieur (zone sus-ombilicale), l'autre inférieur (zone sous-ombilicale), qui pourront, à la volonté de l'expérimentateur, être mis en état de contracture ou de catalepsie, puis un troisième segment, intermédiaire aux deux premiers (zone ombilicale), sur lequel étant appliquées les plaques, on peut éveiller la malade ou empêcher tout phénomène hypnotique. Enfin il existe un quatrième segment

(zone supérieure ou frontale), dont le rôle expérimental est le même que celui de la zone ombilicale.

La malade peut être aussi divisée en deux segments dans le sens vertical, l'un droit, l'autre gauche, qu'on peut mettre alternativement en catalepsie ou en contracture, suivant la disposition des plaques.

En dehors de toute application métallique sur nos malades hystériques, il nous a été facile de constater maintes fois l'existence des actes croisés ci-dessus énoncés.

L'élévation du membre inférieur gauche, par exemple, déterminait souvent l'élévation du membre supérieur droit, en état de catalepsie. On observait le même acte croisé si, au lieu d'agir sur le membre inférieur, on avait agi sur le membre supérieur.

D'autres fois, l'élévation du membre inférieur gauche déterminait sinultanément l'élévation du membre inférieur droit, et réciproquement. D'autres fois, enfin, l'élévation alternative de l'un ou de l'autre des membres inférieurs déterminait un abaissement ou une élévation du membre opposé.

Lorsque les mêmes expériences portaient sur les membres supérieurs, nous constations, en agissant sur un seul membre, les actes absolument similaires du côté opposé.

De tous ces faits, nous nous croyons autorisés à supposer qu'il existe dans la région dorso-lombaire de la moelle un entrecroisement des fibres sensitives et motrices, d'où procéderaient les mouvements simultanés du membre supérieur d'un côté et du membre inférieur du côté opposé, de telle sorte qu'une excitation de la surface d'un des membres inférieurs détermine en même temps le mouvement du membre supérieur du côté opposé.

Ce fait expérimental peut rendre compte de la marche physiologique des quadrupèdes, de la marche de l'homme lorsqu'il se met *à quatre pattes* et du balancement des membres supérieurs opposés, dans la marche et dans la course, aux mouvements des membres inférieurs.

Il existe aussi vraisemblablement un entrecroisement analogue dans la région cérébro-cervicale.

Enfin, il existe probablement un centre de synergie simultanée pour les mouvements des membres supérieurs, de même que pour ceux des membres inférieurs.

De ces faits ressort aussi cette conclusion, qu'une irritation périphérique minime (piqûre légère) de toutes les régions de la peau restées sensibles, détermine rapidement des actes réflexes cutano-musculaires, qui se traduisent par une contracture violente et plus ou moins durable des muscles correspondant à la zone cutanée sur laquelle a porté l'excitation.

On a invoqué, pour l'interprétation des phénomènes divers auxquels on peut donner lieu chez les femmes hystériques, l'existence d'une *force neurique*, *rayonnant* des personnes qui déterminent ces manifestations.

Nos expériences nous conduisent à penser que ces manifestations ne procèdent toutes que des modifications périphériques déterminées par des agents physiques.

Nous avons éprouvé successivement : le vent d'un soufflet, la chaleur, le froid, les courants électriques faibles, l'aimant, la lumière solaire ou artificielle (lampe de Drummond), les raies du spectre, le son, l'application des métaux, les actions de simple contact, etc.

Nous avons vu nettement que la plus minime action de l'un de ces agents suffisait pour rendre manifeste l'excessive excitabilité de la surface cutanée de l'hystérique en hypnotisme et consécutivement donner naissance à des contractures musculaires considérables.

Pour n'en donner qu'un exemple : l'extrémité d'un tube de caoutchouc, long de 6 à 7 mètres, étant placé près du pied de la malade, une montre est approchée du porte-voix dont est munie l'autre extrémité du tube. Immédiatement le pied se met eu mouvement, et les mouvements sont synchrones avec le tic-tac de la montre. Le son est-il amené spécialement sur le jambier antérieur, il se produit un pied bot *varus équin*, tout comme sous l'influence de la piqûre (expérience de M. Lyon).

Tous ces agents déterminent une action qui se continue un temps variable et, de plus, l'agent qui a fait l'action peut aussi la défaire. De même l'un quelconque des mêmes agents peut défaire l'action produite par chacun des autres agents.

Il convient toutefois de remarquer que l'action la plus rapide est produite par le vent d'un soufflet ordinaire, lequel défait rapidement sa propre action ou les actions produites par tous les autres agents.

Nous devons dire aussi que plusieurs des agents sus-énoncés, et en particulier l'action du doigt, l'action de la lumière, du regard, du vent du soufflet, des plaques métalliques, du son, etc., peuvent faire cesser, d'une façon plus ou moins durable, la faculté du langage articulé et écrit, lorsqu'on agit sur l'une ou l'autre des régions temporales, de même que ces agents, portés sur la région frontale, font perdre aux malades la notion de l'usage des objets et la faculté du calcul.

De même aussi, ces agents, qui abolissent pour un temps plus ou moins durable ces différentes facultés, sont susceptibles de les faire recouvrer immédiatement.

Notons que, outre les phénomènes que nous venons de rapporter, l'action des différents agents portés sur différents points de la surface du crâne détermine des mouvements de la tête et des membres.

Il ressort de tous ces faits que les hystériques, en état d'hypnotisme, offrent une hyperexcitabilité nerveuse telle, qu'il n'est peut-être pas d'instrument de physique qui puisse accuser à un même degré des actions aussi infinitésimales déterminées par les différents agents sus-énoncés.

Il en ressort aussi que la force dite *neurique rayonnante* n'est qu'une manifestation d'actes physiques dont on a invoqué l'existence.

M. Dumontpallier tient à remercier publiquement M. le professeur Bouley, auquel il a fait connaître ses premières expériences, de ses encouragements et du conseil qu'il lui a donné de chercher le déterminisme de tous ces phénomènes, en expérimentant sur ses malades l'action des différents agents physiques.

Ajoutons que les expériences proposées par M. Lyon, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, élève à l'Ecole des Mines, sont venues confirmer l'opinion, émise par lui dès le début de la collaboration qu'il nous prête, que tous les phénomènes produits étaient absolument indépendants de la volonté de l'expérimentateur, et procédaient exclusivement de l'action des agents physiques. Nous constatons de plus la part qui lui revient dans la direction de la plupart de nos expériences avec les agents physiques.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 *janvier* 1882. — *Présidence de* M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

HÉMIPLÉGIE CONSÉCUTIVE A UNE INTOXICATION PAR LES GAZ DU CHARBON. - *M. Rendu* communique une observation de paralysie consécutive à une intoxication par l'oxyde de charbon.

Il s'agit d'une femme apportée à l'hôpital sans connaissance, asphyxiée par les gaz du charbon. Le lendemain elle revint à elle, mais elle était paralysée du côté droit.

Ce n'était pas à proprement parler une hémiplégie véritable, car la paralysie était localisée à la moitié inférieure des deux membres droits ; la racine du membre était indemne. La paralysie motrice était accompagnée d'une anesthésie totale : abolition de toutes les sensibilités, à la douleur, à la température, etc. L'anesthésie présentait la même localisation que la paralysie. La sensibilité réflexe était conservée. Le reflexe tendineux du col et du genou était exagéré. La contractilité électrique était abolie. Ce n'est qu'au bout de deux mois d'électrisation que la contractilité vasculaire a reparu.

Ce dernier fait, joint à la limitation de la paralysie, prouve que, dans le cas actuel, les nerfs périphériques étaient intéressés autant que les centres nerveux.

La malade a présenté quelques troubles de nutrition des membres

paralysés : des sueurs locales et cet état lisse de la peau bien décrit par Weir Mittchell. Dès le début de son hémiplégie on a pu constater un œdème du bras qui a persisté pendant deux mois. C'était un œdème dur, assez douloureux, ayant d'abord ressemblé à un phlegmon. Cet œdème présente la plus grande analogie avec ceux qui ont déjà été décrits par M. Leudet dans l'intoxication par les vapeurs de charbon.

M. Rendu conclut que l'hémiplégie dont il vient de relater l'observation est en quelque sorte mixte, qu'elle n'est pas exclusivement de cause centrale et qu'elle s'est comportée surtout comme une paralysie périphérique.

Il présente ensuite la malade qui est aujourd'hui notablement améliorée, car elle peut marcher en traînant la jambe et se livrer à des travaux d'aiguille.

Tympanisme sous-claviculaire. -- *M. Grancher* termine la communication sur ce sujet qu'il a commencée dans la dernière séance.

M. Blachez relate une observation et présente une pièce anatomique remarquable par la discordance des symptômes observés pendant la vie et des lésions constatées à l'autopsie.

Il s'agit d'un malade atteint de *tuberculose pulmonaire* (respiration rude et craquements des deux côtés), mais qui de plus était atteint de suffocation cardiaque intense.

On percevait dans la région précordiale un frémissement cataire, et l'auscultation faisait entendre un ronflement et un double bruit de souffle, au niveau des orifices auriculo-ventriculaires, souffle tellement fort qu'on avait d'abord pensé à la possibilité d'un anévrysme.

Ce souffle intense diminua et disparut même au bout de quelque temps pour faire place à un dédoublement accompagné d'un léger souffle.

Le malade succomba après une dyspnée croissante, non pas à sa tuberculose, qui semblait peu avancée, mais probablement à la suffocation signalée plus haut.

A l'autopsie on trouva un cœur rond, à base large, tel que la percussion avait permis de le reconnaître pendant la vie. Mais il n'y avait aucune lésion cardiaque, à peine un peu d'épaississement de la valvule tricuspide, épaississement sans aucune valeur pathologique. Il n'y avait pas de myocardite.

Les deux poumons étaient le siège d'une infiltration tuberculeuse miliaire avec un peu de ramollissement d'un côté.

Pour expliquer les phénomènes cardiaques observés pendant la vie, M. Blachez émet l'hypothèse d'un caillot intra-cardiaque bien qu'il n'y ait eu aucun signe d'embolie.

Rétrecissement de l'orifice pulmonaire. — *M. Duguet* rapporte

l'observation d'un malade dont il présente les pièces anatomiques; c'était un malade entré à l'hôpital avec un aspect cachectique très prononcé : le teint pâle, de la dyspnée, du subdélirium et bientôt du délire et de l'albuminurie. Le diagnostic primitif avait été : Maladie de Bright. Mais on entendait, de plus, à la base du cœur, près du foyer aortique, un souffle violent, étendu aussi à droite du sternum et retentissant jusqu'en arrière. Il y avait aussi un léger souffle mitral. Le malade était enfin atteint d'une hémiplégie faciale *a frigore* sans rapport avec ses autres phénomènes morbides. Il ne tarda pas à succomber au milieu du délire, considéré comme de nature urémique.

A l'autopsie on a trouvé un *rétrécissement de l'artère pulmonaire*. Il n'y a plus que deux valvules sigmoïdes soudées, et seulement un vestige de la troisième. Les valvules, d'ailleurs, sont lisses; il n'y a pas d'insuffisance.

Le cœur est peu hypertrophié; il y a une légère insuffisance mitrale; l'orifice aortique est absolument sain.

Le cas actuel est donc un exemple de *rétrécissement acquis* de l'artère pulmonaire, consécutif à une endocardite rhumatismale, comme l'insuffisance mitrale concomitante. L'attaque de rhumatisme articulaire remontait à deux ans.

Il y avait, de plus, une néphrite parenchymateuse; pas de tuberculose pulmonaire.

Oblitération cicatricielle du pylore. — *M. Dujardin-Beaumetz* rapporte l'histoire d'une sage-femme qui, il y a six ans, avala de l'acide sulfurique. Cette femme était atteinte, depuis lors, de dilatation stomacale énorme, avec épaississement des parois qui pouvaient se contracter comme un utérus gravide. La malade était cachectique comme dans le typhus de misère; elle ne tarda pas à succomber. M. Beaumetz présente la pièce anatomique; il est impossible de faire passer un tuyau de pipe de l'estomac dans le duodénum. Il n'y a pas d'ulcération de l'œsophage, contrairement à ce qu'on voit habituellement; les brulûres par des caustiques, localisées au pylore, sont excessivement rares.

A ce propos, M. Beaumetz montre des dessins représentant deux autres cas de lésions de l'estomac à la suite de l'ingestion de caustiques, et explique l'opération qu'on aurait pu faire subir à sa malade, si elle n'avait pas succombé aussi rapidement. Cette opération, qui a été imaginée par Billroth, et qu'on a pratiquée déjà trois fois en Allemagne, consiste à attirer une anse d'intestin, à la souder et à la faire communiquer avec la grande courbure de l'estomac.

La séance est levée à 4 heures 3/4.

Ern. Gaucher.

BIBLIOGRAPHIE

D'UN NOUVEAU TAXIS FORCÉ ET DU TAXITEUR, par *M. Henry Badiole.* (In-8°, 83 p. Paris, J.-B. Baillière et fils.)

Frappé des accidents dus à la kélotomie, accidents dont il exagère beaucoup, pour les besoins de sa cause, la fréquence et l'importance, frappé d'autre part des dangers causés par le taxis forcé, M. Badiole a cherché un nouveau moyen de réduction des hernies étranglées. Toutefois, loin de blâmer le taxis forcé, l'auteur croit qu'il est temps de le relever d'un discrédit immérité ; il veut seulement remplacer le taxis manuel, auquel il n'attribue pas une puissance suffisante, par le taxis instrumental pratiqué au moyen de l'appareil dont il va donner la description.

Après avoir passé en revue les divers moyens médicaux ou chirurgicaux qui ont été employés pour la réduction des hernies étranglées, il fait la critique du taxis forcé dont il essaie de faire ressortir les défauts et les dangers.

Le taxiteur, l'instrument employé par M. Badiole, rappelle la forme d'une tête de crapaud dont la gueule s'ouvre et se ferme selon le besoin, pour saisir et expulser les parties herniées. Il se compose de plusieurs pièces : deux branches aplaties longues d'environ 10 centimètres et réunies par une charnière terminale qui, au moyen d'une vis de pression, permet de les incliner plus ou moins l'une sur l'autre ; deux plaques mobiles, placées à l'extrémité libre des branches aplaties et destinées à contenir d'abord, puis à comprimer les organes herniés dont il s'agit d'opérer la réduction ; ces valves offrent une face externe convexe et une face interne concave. Le chasse-hernie, s'appliquant sur l'un des côtés du taxiteur, a pour fonction de refouler la paroi du sac ou de l'anse intestinale herniée qui aurait tendance à faire saillie en dehors des valves. Le lien de demi-ceinture complète le rôle de contention du chasse-hernie, mais du côté opposé et en ménageant des espaces que peuvent utiliser les doigts de l'opérateur dans l'intérêt de la réduction. Il s'agit donc, en somme, d'une grosse pince garnie et destinée, par le rapprochement de ses mors, à chasser la hernie, par son orifice, dans la cavité abdominale, comme on chasse un noyau de cerise entre deux doigts.

L'auteur attribue naturellement à son procédé de nombreux avantages. Jamais, dit-il, avec ce nouveau procédé, l'opérateur ne se trouve dépourvu d'une force suffisante. L'émission de cette force n'est subordonnée dans son intensité qu'à la volonté de l'opérateur, que celui-ci soit fortement ou faiblement musclé. Par sa conformation, le taxiteur est apte à emmagasiner les forces et à les disperser utilement en les faisant converger toutes vers l'anneau dont on se

propose la dilatation forcée. Le taxiteur est applicable aux petites, aussi bien qu'aux grosses hernies.

Tous ces avantages feraient donc du taxiteur un instrument d'un emploi facile, inoffensif et applicable à toutes les hernies, mais, malgré sa construction très ingénieuse, il offre à nos yeux un défaut capital, c'est d'être un instrument, et un nouvel instrument. Si le médecin praticien, éloigné des grands centres, devait posséder tous les instruments utiles, sa maison ne suffirait pas à les contenir et ses gains à les acheter ; or, un praticien occupé trouverait peut-être une ou deux fois, dans sa carrière, l'occasion d'appliquer le taxiteur ; ce n'est pas assez. Il est vrai qu'on peut en tirer, dit l'auteur, deux instruments utiles dans la pratique : un écraseur pour les kystes du poignet et une sorte de guillotine pour pratiquer l'amputation du prépuce. Nous souhaitons, pour M. Badiole, que ces considérations décident l'achat de l'instrument nouveau.

Nous passons sur l'utilité du taxis forcé et sur la nécessité de la dilatation forcée de l'anneau, dont la plupart des praticiens ne nous paraissent pas convaincus.

Amand CHEVALLEREAU.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 2 au 14 janvier 1881.

MOLLIET. De l'intoxication chronique par l'oxyde de carbone. — GROMOLARD. Contribution à l'étude des formes prolongées de la fièvre typhoïde.

NARICK. Expériences avec le cranioclaste de Karl Braun (de Vienne) dans les bassins très rétrécis et proposition d'un nouveau procédé d'extraction du fœtus avec le même instrument. — PÉNOT. Contribution à l'étude du phlegmon diffus de la paroi thoracique. — DEBRIK. Des polypes fibro-angiomateux de la région naso-pharyngienne. — GALIBERNE. Traitement des loupes; accidents et complications. — DANTIN. Etude sur l'épithélium ovarien. — LA FILLE. Contre-indications de l'extraction des balles de revolver. — LARAT. Etude sur le bubon syphilitique suppuré.— DUPONT. Essai sur la syphilis laryngée. — CHODOROWSKI. Contribution à l'étude des nodosités rhumatismales éphémères. — GODEFROY. Contribution à l'étude des kystes des os.

NÉCROLOGIE

Le Dr Achille FLAUBERT, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rouen, est mort vendredi 13 janvier à Nice, à la suite d'une longue et cruelle maladie qui l'avait éloigné depuis deux ans de sa ville natale. Elève de son père, chirurgien remarquable, Achille Flaubert avait eu à Rouen une situation exceptionnelle. Opérateur hors ligne, il excellait surtout comme profes-

seur et le nombre de ses élèves était considérable. Il laissera un souvenir ineffaçable à Rouen où sa popularité était immense.

Le Dr Paul-Alfred-Gustave-Adolphe DUCLOS, médecin du Bureau de bienfaisance, est décédé à Saint-Quentin, à l'âge de 44 ans.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Vote sur la demande de permutation de M. le professeur Hayem.* — Quelques journaux ont donné des renseignements fantaisistes sur le scrutin de jeudi dernier. Voici les chiffres exacts : Sur 33 professeurs, 31 seulement ont pris part au scrutin. M. Baillon, absent, et M. Georges Hayem, n'ont pas pris part au vote. 16 professeurs ont voté *oui*, 13 ont voté *non*. 2 professeurs enfin ont déposé dans l'urne un bulletin blanc.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES CULTES. — Le travail des décorations universitaires (palmes académiques) fait au 1er janvier, en exécution du décret du 30 juin 1880, est irrévocablement terminé.

L'examen des candidatures qui se produiront désormais sera ajourné jusqu'à la prochaine promotion, qui doit avoir lieu en juillet.

A titre exceptionnel, et conformément au décret ci-dessus visé, un certain nombre de nominations seront faites à l'époque de la réunion à Paris des sociétés savantes des départements.

LABORATOIRE DE LA CHARITÉ. — M. Albert Robin, médecin des hôpitaux, a commencé son cours d'urologie clinique, au Laboratoire des cliniques de l'hôpital de la Charité, le lundi 16 janvier, à 10 h. du matin, et le continuera les vendredis et lundis à la même heure.

Les élèves seront exercés aux analyses des principaux éléments de l'urine.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 6 *au* 12 *janvier* 1881. — Fièvre typhoïde, 28. — Variole, 10. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 1. — Diphthérie, croup, 72. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 44. — Phthisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 55.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 66.

Bronchite aiguë, 57. — Pneumonie, 111. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 41 ; au sein et mixte, 29 ; inconnu, 3. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 123 ; l'appareil circulatoire, 84 ; l'appareil respiratoire, 91 ; l'appareil digestif, 55 ; l'appareil génito-urinaire, 17 ; la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulations et muscles, 10. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1 ; fièvre infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 3. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 11. — Nombres absolus de la semaine, 1.182.

Résultats de la semaine précédente : 1.281.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc', imp. de la Faculté de médecine, r. M'-le-Prince 31



VERITABLE
EXTRAIT DE VIANDE
LIEBIG
PRÉCIEUX POUR MALADES & MÉNAGE
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'HONNEUR
EXIGER le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Epiciers & Pharmaciens.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 8 JEUDI 19 JANVIER 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI.

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste ; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 8. Jeudi 19 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 18 *janvier* 1882.

M. le professeur Depaul rapportait hier à l'Académie l'observation assez rare d'une femme chez laquelle il dut pratiquer, quelques minutes avant l'accouchement, l'ablation d'un énorme polype fibreux s'implantant sur la lèvre postérieure du col utérin. Cette observation est surtout remarquable par le volume de la tumeur qui faisait saillie à la vulve et pesait 1,700 grammes.

M. Maurice Perrin a ébauché hier, devant l'Académie, la description d'une maladie nouvelle : il s'agissait d'une conjonctivite purulente rhumatismale, indépendante de toute blennorrhagie. M. Perrin a rapporté cinq cas, trois observés par lui personnellement, deux observés par des médecins militaires, M. Yvert et M. Hocquard. Chez les trois malades de M. Perrin la marche des accidents semble avoir revêtu une intensité foudroyante, car en peu de temps la cornée était perforée et l'œil totalement perdu. Au contraire, les malades de MM. Yvert et Hocquard ont complètement guéri. Nous pourrions donc écarter ces deux derniers, où il ne s'agit peut-être que de *conjonctivites* catarrhales avec écoulement muco-purulent très abondant; la nature rhumatismale de cette affection dans certains cas ne saurait faire de doute. Au contraire, les cas de M. Perrin en diffèrent par ce point essentiel, que le rhumatisme, rompant ici avec toutes ses traditions et tous ses principes, aurait sans aucune préparation exercé son action destructive sur des organes qu'il n'a pas l'habitude de malmener si brutalement. D'où viendrait cet accès de fureur subite? Le Val-de-Grâce est voisin de la rue d'Ulm. Quelques microbes, mécontents des bouillons de M. Pasteur, se seraient-ils échappés du laboratoire de l'Ecole normale pour s'abattre sur les malades de M. Perrin? Peut-être, devant le silence de la clinique, M. Pasteur lui-même daignera-t-il éclaircir ce point digne de toutes ses méditations.

Quoi qu'il en soit, le fait est nouveau ; comme l'a dit M. Gosselin, pour discuter la valeur de ces observations, il faudrait en avoir recueilli de semblables; or, jusqu'à maintenant, toutes les fois que nous nous sommes trouvés en présence d'un malade atteint d'une conjonctivite réellement purulente, nous avons pu retrouver à l'origine la blennorrhagie. La communication de M. Perrin aura le grand avantage de provoquer immédiatement des recherches dans ce sens; l'occasion n'est pas rare. Mais, en attendant, il convient de rester dans le scepticisme, ce scepticisme de bon aloi qui, sans s'op-

poser jamais à l'acceptation d'une idée nouvelle, exige au moins de sérieuses raisons pour abandonner des idées depuis longtemps établies. A. Ch.

Du tympanisme sous-claviculaire étudié au point de vue du pronostic des épanchements pleurétiques (1).

Par M. J. Grancher,

Agrégé, Médecin de l'hôpital Necker.

Le tympanisme sous-claviculaire, connu depuis les travaux de Skoda, et étudié en France par MM. Roger (1852) et Woillez (1856), a été envisagé dès l'origine comme un signe d'épanchement pleurétique, et plus rarement de pneumonie ou d'œdème pulmonaire. Ses variétés, relatives à la hauteur plus ou moins grande du son perçu, ou à son intensité, et au rapport réciproque de ces deux éléments, ont été l'objet de discussions nombreuses, et les auteurs ne s'accordent guère sur ce point.

On confond généralement toutes les hypersonorités avec le tympanisme, qui devient ainsi le signe banal d'une foule d'affections : emphysème, pneumothorax, cavernes pulmonaires, épanchements pleuraux, pneumonies, œdèmes, etc..., ou si l'on cherche à faire un classement, comme l'ont tenté MM. Barth et Roger, on est conduit à séparer le son *clair* du son *tympanique*. Ce dernier, d'après les auteurs que je viens de citer, n'appartient qu'au pneumothorax; le son *clair* se rencontre au contraire dans les épanchements intrapleuraux, dans les cavernes, les dilatations bronchiques, etc.... 1865, Traité d'auscultation et de percussion.)

M. Woillez se rapproche davantage de l'interprétation allemande (1879, Traité de percussion et d'auscultation). Il distingue cinq variétés de tympanismes ou mieux de sonorités sous-claviculaires anormales, dont trois principales, qui sont fondées sur les rapports de l'intensité avec la tonalité du son perçu. Comme tous les auteurs précédents, M. Woillez constate la fréquence de ces phénomènes dans la pleurésie, et il ajoute qu'on les rencontre aussi dans d'autres lésions pulmonaires, mais il n'en tire aucune déduction pronostique.

Traube avait fait remarquer cependant que si la tonalité du son tympanique est basse, l'épanchement n'est pas très abondant, et qu'au contraire une tonalité plus haute du son se rencontre généralement quand le liquide pleurétique atteint le mamelon. C'est encore une donnée de diagnostic dans laquelle intervient la notion de quan-

(1) Communication à la Société médicale des hôpitaux.

tité du liquide ; cette donnée est exacte, au moins pour la plupart des faits.

Dans son récent traité de percussion, Weil insiste sur les variétés du tympanisme qu'on peut rencontrer soit dans un espace ouvert à l'air extérieur, comme une caverne communiquant largement avec une bronche, soit dans un espace clos, un pneumothorax partiel, par exemple; et il étudie dans les deux cas les causes de l'élévation de tonalité et de l'augmentation d'intensité du son. Il montre que le calibre de l'orifice de communication d'une part, et d'autre part la capacité de l'espace clos, son état de surface rugueux ou poli, sont autant d'explications des variétés du tympanisme. (Adolf Weil. Leipzig, 1880. Lehrbuch der Percussion.)

Ce côté de la question a séduit les médecins allemands et, depuis Skoda, de nombreuses recherches ont été tentées, dans cette voie de physique expérimentale, qui doit conduire à éclairer la pathogénie de toutes les variétés du tympanisme. Est-ce une augmentation ou une diminution de la quantité de l'air contenu dans le poumon, refoulé par l'épanchement pleural, qui est la cause directe du tympanisme? Quelle est la part de la tension des parois alvéolaires ou de leur relâchement, etc., etc. ? Skoda, Wintrich, Guttman, et plus récemment Friedreich et Weil ont discuté longuement tous ces points.

Je ne place aujourd'hui la question ni sur le terrain de l'acoustique pure, ni sur celui de la valeur diagnostique du tympanisme sous-claviculaire, n'ayant rien à ajouter à ce qui est déjà connu.

Je désire étudier le tympanisme sous-claviculaire au point de vue du pronostic des épanchements intra-pleuraux, qui en sont la cause première. A ce point de vue, les cinq variétés de M. Woillez, qu'on peut, à mon sens, réduire utilement à trois, n'ont aucun intérêt, et ce n'est pas en étudiant les nuances de tonalité ou d'intensité du tympanisme qu'on peut arriver au résultat que je poursuis, mais bien en cherchant dans quelle combinaison, dans quelle association les autres signes physiques, fournis par la palpation et l'auscultation, se rencontrent avec le tympanisme, quelle que soit, du reste, sa variété.

Ce n'est donc pas sur l'étude de la sonorité sous-claviculaire seule que sont fondées mes recherches, mais bien sur l'ensemble des signes physiques qui l'accompagnent. Or trois circonstances principales peuvent se rencontrer :

1° Le tympanisme sous-claviculaire coïncide avec une *augmentation* de la respiration, et une *augmentation* parallèle des vibrations vocales.

2° Le tympanisme sous-claviculaire s'accompagne d'une *augmentation* des vibrations vocales, mais la respiration est *diminuée*.

3° Le tympanisme sous-claviculaire se rencontre avec une *diminution* du murmure respiratoire et une *diminution* des vibrations.

Or, à chacune de ces trois circonstances capitales, correspond un état physique particulier du poumon. Tous les cliniciens connaissent l'importance du problème qui se pose dans les termes suivants. Etant donné un épanchement pleurétique, quel est l'état du poumon ? De cet état dépend souvent, en effet, l'avenir de la pleurésie.

Déjà Hirtz (de Strasbourg) et récemment M. Potain ont abordé le problème par un autre côté et ont réussi, au moins pour quelques cas, à poser les bases du diagnostic de la congestion pulmonaire, derrière l'épanchement pleurétique. M. Serrant a résumé, dans sa thèse, les idées de ces deux maîtres, idées que vous connaissez ; mais M. Woillez, tout en admettant la justesse théorique de leurs opinions, demande des preuves anatomiques et, pour ne pas encourrir ce reproche, j'apporte pour chacun des trois groupes de faits que je vais énumérer, des autopsies confirmatives.

I. — Dans certaines pleurésies avec épanchement, dans certaines pneumonies, le tympanisme sous-claviculaire s'accompagne d'une respiration puérile, exagérée aux deux temps, et d'une augmentation très notable des vibrations thoraciques, non seulement par rapport à l'état physiologique, mais par rapport au côté droit, par exemple, si la pleurésie est à gauche (ce qui indique une augmentation vraiment considérable).

Quand cette *association* de signes physiques se rencontre, association qu'on peut représenter par le schème suivant :

Son........... +
Vibration...... +
Respiration.... +

je conclus à l'intégrité du parenchyme pulmonaire, qui subit sans doute les effets de la compression et du refoulement, mais ne prend qu'une part indirecte et passive au processus morbide. D'où cette déduction que la pleurésie est simple, car elle offre les plus grandes chances de guérison complète (je néglige à dessein les adhérences pleuro-pulmonaires qui sont la conséquence de toute pleurésie).

J'ai cinq observations qui viennent à l'appui de cette proposition. Trois pleurétiques sont aujourd'hui guéris. Un pneumonique a succombé et nous a fourni l'occasion de vérfier l'état anatomique prévu du lobe supérieur du poumon. Ce lobe, dans la région sous-claviculaire, au point même où l'ensemble des signes physiques, relevés plus haut, se concentrait, était sain, crépitant, souple ; tout le reste du poumon était en hépatisation aux 2e et 3e degrés. Même vérificationfut faite dans l'autopsie d'un malade atteint d'hydrothorax d'origine cardiaque.

Je crois donc pouvoir légitimement affirmer que le *tympanisme sous-claviculaire associé*, c'est-à-dire uni à une modification parallèle

en + des vibrations vocales et de la respiration, signifie que le lobe supérieur du poumon est sain. On pourrait adopter une formule abréviative et appeler cette variété: *tympanisme de suppléance*. Ce qui se passe, en effet, dans cette partie du poumon qui surnage à l'épanchement, n'est qu'un cas particulier d'une loi beaucoup plus générale qu'on pourrait, à mon sens, formuler ainsi : *Toute respiration supplémentaire s'accompagne d'une augmentation du son des vibrations vocales.*

II. — La seconde combinaison des signes physiques est réalisée par le tympanisme sous-claviculaire, l'augmentation des vibrations vocales et la *diminution* de la respiration ; d'où le schème suivant :

Son........... +
Vibrations..... +
Respiration.... —

Tantôt le murmure respiratoire est très affaibli, presque nul, tantôt il est simplement diminué ; quelquefois il est en même temps faible et rude, la tonalité de l'inspiration étant sensiblement abaissée. Chacun de ces degrés, chacune de ces nuances a sa valeur dans le diagnostic de la nature même de la lésion pleuro-pulmonaire, et pour son pronostic.

Ici le tympanisme n'est plus *associé* aux deux autres signes physiques, l'un d'eux, la respiration, s'étant modifié inversement, c'est-à-dire en *moins*, tandis que le son et les vibrations se modifiaient en *plus*. Il y a ce qu'on pourrait appeler une dissociation des signes physiques.

Or, dans l'observation journalière des pleurésies, rien n'est plus fréquent que de rencontrer ce type, cet ensemble de phénomènes fournis par l'examen de la région sous-claviculaire. Le médecin doit en tirer cette conclusion que le lobe supérieur du poumon, qui n'est pas recouvert par l'épanchement (ainsi que le prouve l'augmentation des vibrations vocales) est atteint d'une lésion propre, concomitante, complice ou même cause de la pleurésie. Cette lésion est un état congestif simple ou de nature tuberculeuse, qui survit à l'épanchement pleural, plus ou moins longtemps, qui peut disparaître s'il n'existe pas de tuberculose locale, ou au contraire reste le témoin d'une lésion pulmonaire primordiale, et évolue plus tard dans le sens d'une phthisie.

Je pourrais citer plus de trente observations de ce type, depuis que j'étudie cette question, mais je n'ai que deux autopsies; il est vrai qu'elles sont absolument confirmatives.

(La fin au prochain numéro)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 *janvier* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend une lettre de Mme veuve Renard, offrant à l'Académie une somme de 20,000 fr. pour créer un prix, le Prix Perron, destiné à récompenser le mémoire qui lui paraîtra le plus utile au progrès de la médecine.

DYSTOCIE CAUSÉE PAR UN CORPS FIBREUX IMPLANTÉ SUR LE COL UTÉRIN. — *M. Depaul.* Lundi matin je trouvai, dans mon service, une femme de 32 ans, arrivée de la veille; cettte femme avait déjà eu trois enfants, dont le dernier en 1878. Les trois accouchements n'avaient rien offert de particulier; rien ne permettait donc de soupçonner que cette femme fût malade. Elle avait eu ses règles, pour la dernière fois, le 19 avril; elle n'était donc pas tout à fait à terme. L'enfant se présentait par le siège.

Depuis sept ou huit jours, l'écoulement s'était un peu teinté de sang. Cette femme se plaignait d'avoir quelque chose qui faisait saillie à la vulve. La sage-femme croyait qu'il s'agissait là du placenta. Je vis, sortant entre les deux lèvres, une masse violacée, exhalant une odeur très fétide. En touchant cette femme, on trouvait une grosse masse qui remplissait exactement la cavité pelvienne; je n'atteignis pas le col. Comme la femme n'était pas en travail, je lui fis donner un bain, me proposant de l'examiner le lendemain d'une façon plus complète. Cependant, les douleurs se déclarèrent le jour même. Quand je vis la femme, le soir à 8 heures, la tumeur sortait volumineuse à la vulve. J'auscultai l'enfant : les battements du cœur étaient irréguliers et plus faibles, donc l'enfant souffrait. Je pus, en tirant, faire sortir une tumeur monstrueuse; j'acquis la conviction qu'elle partait de la demi-circonférence gauche du col de la matrice. Je pris un bistouri et, sans craindre l'hémorrhagie, car ces tumeurs sont d'une nature fibreuse, je disséquai le pédicule; la tumeur nous tomba dans les mains.

Cette tumeur est remarquable par son volume et par sa nature. Elle pesait 1,790 grammes.

Je pus faire ensuite l'extraction de l'enfant qui se porte encore aujourd'hui très bien. La mère également va très bien et allaite son enfant.

La tumeur est un corps fibreux ; l'examen histologique en a été fait par M. Doléris. Elle contient du tissu conjonctif et du tissu musculaire lisse.

Les cas de corps fibreux de la matrice, chez la femme enceinte et chez la femme en travail, ne sont pas très rares; mais ces corps atteignent rarement un pareil volume. Il existe trois faits de ce genre,

un de Danyau, un de Cazeaux et un autre publié l'an dernier dans une thèse de Paris.

M. Blot désire rappeler un fait du même genre qu'il a observé il y a vingt-cinq ans. Dans ce cas encore, la tumeur avait été prise pour le placenta. Il n'y avait là qu'une augmentation du volume de la lèvre inférieure du col œdématié et remplie de sérosité sanguinolente.

M. Depaul fait observer que le fait de M. Blot n'a rien de commun avec celui qu'il a présenté.

CONJONCTIVITE PURULENTE RHUMATISMALE. — *M. M. Perrin.* Il arrive assez fréquemment que le rhumatisme se manifeste sur les yeux par des iritis à rechute ou des épisclérites ; mais si la fréquence de la conjonctivite purulente rhumatismale était admise, elle serait de nature à réformer les idées au point de vue de la fréquence de la conjonctivite purulente blennorrhagique.

Un jeune soldat du Midi, mis en prison pour une faute disciplinaire, fut placé dans une petite salle très humide, au rez-de-chaussée d'une prison militaire de Paris. Dès le lendemain, il fut pris d'un écoulement purulent des paupières. Le malade n'avait jamais eu aucun écoulement uréthral ; du reste, à ce moment, l'urèthre était parfaitement sain. D'ailleurs, il n'y avait eu aucun contact suspect, puisque le jeune homme était en prison. En une semaine, la destruction de l'œil fut complète.

Ce jeune homme avait toujours été très bien portant, mais son père était rhumatisant.

Le 27 mai de la même année, un lieutenant de cuirassiers fut évacué de la province sur l'hôpital du Val-de-Grâce. Il avait ressenti, le 20 mai, des picotements dans l'œil droit qui, dès le lendemain, prirent les caractères d'une ophthalmie purulente très intense. La rupture de l'œil se fit douze heures après l'arrivée du malade à l'hôpital ; ce malade ne conserve qu'une vague perception de la lumière du jour.

Le neuvième jour, l'œil gauche se prit à son tour ; mais tout se borna à une conjonctivite légère qui disparut rapidement.

Ce malade avait eu un écoulement quatre ans auparavant, mais il n'y avait plus aucune trace d'inflammation de l'urèthre, quand l'œil commença à être pris.

Quelques jours après les accidents du côté des yeux le malade fut pris de douleurs articulaires ; ce ne fut que dans les premiers jours de juillet que le malade fut débarrassé de ces accidents.

Le 18 septembre 1876, entrait dans le service de M. Perrin un malade du 136e de ligne atteint depuis quelques jours d'un écoulement des paupières. Il n'y avait aucun écoulement de l'urèthre. Le 22, la cornée était devenue trouble, la conjonctive secrétait abondam-

ment du pus ; le malade se plaignait en outre de douleurs dans les aines. Le lendemain la cornée était perforée. Des douleurs articulaires survenaient quelques jours après.

Voici une quatrième observation due à M. Yvert. Il s'agit d'un lieutenant de 28 ans, atteint de rhumatisme articulaire aigu. Une conjonctivite double très intense se manifeste avec écoulement purulent des plus accentués.

Le 17 octobre, quelques douleurs se font sentir dans les épaules. La conjonctivite double reprend une nouvelle activité.

Le 29, elle diminue très sensiblement et fait place à une iritis double des plus violentes. La photophobie est des plus prononcées.

Le 30 octobre, les douleurs disparaissent des yeux, mais le lendemain se manifeste une angine très intense. Le 4 novembre, l'angine disparaît et le malade entre en convalescence.

Un cinquième fait de même nature a été observé par M. Hocquard, médecin-major au 26e de ligne. Il s'agit encore d'un malade atteint de rhumatisme articulaire. Les organes génitaux ne présentaient aucune trace de blennorrhagie, et cependant il y eut une conjonctivite purulente qui se termina par la guérison.

Il est possible qu'il ne s'agisse là que d'une simple coïncidence ; il faudrait d'autres faits du même genre, cependant la conjonctivite catarrhale fournit bien un écoulement muco-purulent, mais qui n'offre jamais un caractère aussi franchement purulent que dans les affections ci-dessus.

Il faudrait encore se demander comment le rhumatisme, qui entraîne si rarement la suppuration, peut causer des ophthalmies purulentes.

Actuellement, dans l'ophthalmie blennorrhagique, on décrit uniquement comme pathogénie le transport du pus de l'urèthre à l'œil.

M. Perrin est d'autant plus porté à attribuer dans un grand nombre de cas l'ophthalmie dite blennorrhagique au rhumatisme, qu'il y a des blennorrhagies rhumatismales dont l'existence ne peut être discutée.

M. Gosselin. Les faits de M. Perrin ont une valeur considérable, mais il est difficile de se prononcer sur eux, parce qu'il faudrait avoir vu des faits analogues. Tous les faits que j'ai observés étaient la conséquence de l'inoculation du virus blennorrhagique.

Si ces ophthalmies purulentes sont dues au rhumatisme, ne serait-il pas avantageux de les traiter par des médicaments antirhumatismaux, en particulier par le salicylate de soude ?

Un autre point thérapeutique est celui-ci. Je conseille depuis longtemps, dans ces ophthalmies purulentes, les instillations d'eau alcoolisée. Je regrette qu'on n'y ait pas eu recours dans les cas de M. Perrin, surtout pour les malades qui ont perdu les yeux.

M. Bouley demande si aujourd'hui, après l'accident rapporté dans la première observation, on a fait quelque chose pour empêcher que les prisons militaires ne soient une cause de perte de la vue.

M. Perrin n'était pas assez sûr de la nature rhumatismale de ces ophthalmies ponr changer son mode de traitement. Il n'a donc employé ni le salicylate de soude, ni les instillations d'eau alcoolisée.

M. Borda présente une baignoire électrique dans laquelle le courant peut être dirigé sur une partie déterminée du corps.

La séance est levée à 4 h. 45.

BIBLIOGRAPHIE

PATHOGÉNIE DES AFFECTIONS DE L'OREILLE ÉCLAIRÉE PAR L'ÉTUDE EXPÉRIMENTALE, par le Dr *J. Baratoux*, in-8° 116 p. Paris. A Delahaye et Lecrosnier, 1881.

M. Baratoux consacre cette étude très importante à l'anatomie et à l'embryogénie de l'organe de l'ouïe, à sa physiologie, à l'étude expérimentale des lésions dont l'influence s'exerce sur la détermination des affections auriculaires, enfin à la description de quelques affections qui paraissent se lier étroitement aux résultats expérimentaux qu'il a obtenus.

Le nerf auditif, après avoir pris son origine par deux racines spéciales entourant le corps restiforme, se divise en deux branches, l'une antérieure ou nerf de l'espace, l'autre postérieure ou nerf auditif proprement dit. Le premier, qui remonterait dans le cervelet, est destiné aux canaux semi-circulaires. Le second dont l'orifice serait peut-être dans le cerveau va se distribuer au limaçon dans des cellules spéciales, cellules ciliées, en forme de tubes à éprouvette dont la partie inférieure repose sur la face supérieure d'une cellule fusiforme appelée cellule de soutènement.

Parmi les autres nerfs qui se distribuent à l'oreille, il en est deux qui ont une action très grande sur la nutrition de cette organe : ce sont le grand sympathique et le trijumeau.

L'oreille interne naît d'une invagination spéciale de l'épiblaste; elle n'a donc pas la même origine, que la rétine. Cet organe se développe d'abord par une vésicule à laquelle vienent s'adjoindre les canaux semi-circulaires, puis l'aqueduc du limaçon et enfin le limaçon.

Tel est aussi, d'après M. Baratoux, l'ordre dans lequel apparaissent, dans la série animale, les diverses parties qui constituent l'oreille interne. Les animaux inférieurs n'ont pas d'oreille moyenne ; les reptiles en possèdent une, mais ceux-ci n'ont pas l'oreille externe que possèdent les oiseaux et les mammifères. Les arcades du centre n'existent que chez les mammifères.

Les canaux semi-circulaires ne sont que l'organe périphérique du sens de l'équilibre, l'organe central étant le cervelet.

Le limaçon est la seule partie de l'oreille destinée à l'audition. Ce serait le mouvement des cils surmontant les cellules de Corti qui transmettrait les mouvements vibratoires aux organes centraux.

La section du grand sympathique détermine au bout d'un certain temps une hyperhémie de l'oreille externe et surtout de l'oreille moyenne, parfois même la suppuration de cette dernière.

La section du trijumeau engendre de plus grands désordres et en un temps moins long, ce qui prouverait que ce nerf contient plus de filets vaso-moteurs que le grand symphatique, du moins pour ce qui est de l'oreille.

Enfin une piqûre du centre vaso-moteur qui se trouve entre le noyau de la racine descendante du trijumeau dans le bulbe et la première paire dorsale, le long du corps restiforme, produit une altération remarquable de l'organe auditif, car, dans ce cas, la lésion auriculaire se produit aussitôt après la blessure du centre vaso-moteur; elle est caractérisée par une hémorrhagie du labyrinthe et surtout du limaçon, parfois même par une ecchymose du pavillon; ce serait à ce centre vaso-moteur que se rendraient les fibres vaso-motrices contenues dans le sympathique et dans le trijumeau.

Toutes les maladies pyrétiques occasionnant nécessairement une suractivité dans la circulation sanguine produisent les troubles de l'oreille : congestion, suppuration, hémorrhagie même, d'où bourdonnements, surdité.

Une embolie des vaisseaux de l'oreille peut déterminer aussi, dans la zone circonvoisine, les mêmes phénomènes, qui sont dus, dans ce cas, à une hyperhémie dite compensatrice; l'augmentation de pression dans les vaisseaux demeurés perméables, en amenant la dilatation et parfois même la rupture.

Toute lésion du trijumeau, avant sa sortie du crâne, peut produire des troubles de nutrition de l'oreille analogues à ceux qui succèdent à sa section.

Il est probable, dit en terminant M. Baratoux, que les désordres survenant dans le centre vaso-moteur produisent des lésions de l'organe de l'ouïe; mais, aujourd'hui, on ne peut être affirmatif sur ce point, car les observations font encore défaut. Il semblerait, cependant, que ce serait à une altération de l'axe cérébral qu'il faudrait rattacher la production de l'hématome spontané et certains cas de vertige de Ménière qui seraient déterminés par une hémorrhagie de l'oreille interne.

La thèse de M. Baratoux est accompagnée de deux planches en lithographie.

NOUVELLES

MINISTÈRE DE LA MARINE. — Le ministre de la marine, Vu la circulaire du 19 août 1880, constituant, sous la présidence du directeur du service de santé, des commissions chargées d'examiner, dans les cas douteux, les demandes de pensions formées par des veuves ou des orphelins d'en faire compléter l'instruction et d'émettre un avis sur la suite à y donner ; — Considérant que l'ordonnance du 26 janvier 1832 a réglé par des dispositions formelles l'instruction des demandes de l'espèce, et qu'on ne saurait contester l'efficacité des prescriptions qui y sont contenues ; — Que les officiers de santé militaires ou civils n'ont à se prononcer que sur les causes, la nature et les suites des blessures et la gravité de la maladie originelle ; — Qu'en outre de l'irrégularité dont elle se trouve ainsi frappée, la décision précitée serait de nature à laisser gratuitement supposer l'insuffisance de l'administration, qui a pour devoir de rendre l'instruction aussi complète que le veut la loi, et qui s'en est toujours acquittée avec tout le soin et toute la diligence désirables ; — Arrête : La décision ministérielle du 19 août 1880 est rapportée.

SÉNAT. — Pétition déposée par M. le sénateur Barne. — Les réunions médicales et pharmaceutiques tenues à Marseille (Bouches-du-Rhône), à l'occasion du concours régional, en mai et juin 1879, soumettent au Sénat diverses réformes à apporter aux lois et règlements qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie,

Rapport. — A l'occasion du concours régional de Marseille, les membres du corps médical et pharmaceutique de la région se sont réunis pour étudier ensemble les réformes qui pouvaient être apportées aux lois et règlements qui régissent l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Ils ont arrêté une série de vœux qu'ils ont développés dans une pétition adressée au Sénat et à la Chambre des députés.

Le mémoire adressé au Sénat traite spécialement des questions médicales et propose, entre autres réformes :

La suppression pour l'avenir du grade d'officier de santé ; délai et facilités accordés aux titulaires actuels pour se procurer le brevet de docteur ;

Obligation pour les communes rurales d'assurer le service médical dans les campagnes par des subventions spéciales accordées aux médecins ; au besoin, avec le concours du département et de l'Etat ;

Augmentation du nombre des bourses de l'Etat dans les facultés de médecine ;

Conditions d'aptitude à remplir par le médecin d'origine étrangère, à l'effet d'être autorisé à exercer sa profession en France ;

Interdiction aux sages-femmes d'opérer sans le concours d'un médecin d'autres accouchements que les accouchements naturels ;

Création d'un diplôme spécial pour les dentistes ;

Institution dans chaque ressort de tribunal d'un conseil de discipline pour les membres du corps médical, à l'exemple de la corporation des avocats.

Ce travail a paru à votre commission digne d'un examen approfondi des hommes spéciaux : elle a pensé qu'il convenait de le renvoyer, à ce

effet, à M. le ministre de l'instruction publique. — (Renvoi au ministre de l'instruction publique.)

La vivisection et le protestantisme. — Au printemps dernier, le naturaliste Carl Vogt rencontra au Congrès d'Alger un chirurgien anglais fameux, le Dr Martin Lister. Celui-ci conta que, grâce à la loi anglaise contre les vivisections, il était obligé de s'expatrier quand il avait une expérience à faire sur les animaux. Croiriez-vous, disait Lister, que j'ai dû laisser là ma clientèle et m'établir en France pour pratiquer certaines expériences sur les chevaux, nécessaires pour terminer un travail commencé? Je m'étais adressé aux autorités anglaises. Elles m'ont répondu qu'elles voulaient bien fermer les yeux, mais s'il plaisait à quelque clergyman ou à quelque vieille fille de me traduire devant les tribunaux, personne ne pourrait empêcher que je ne fusse condamné à une grave amende ou même à la prison. Je suis venu m'installer à Toulouse, où l'on a gracieusement mis à ma disposition tout ce dont j'avais besoin pour une expérience.

Carl Vogt accompagne ce récit des réflexions suivantes : « Lorsqu'il s'agit d'un homme, on laisse le médecin décider souverainement. Il pratique les opérations les plus dangereuses et administre les remèdes les plus violents sous sa seule responsabilité. Pourquoi est-on plus difficile pour les bêtes que pour les humains? Pourquoi trouve-t-on abominable qu'avant d'essayer sur un homme l'effet d'un remède nouveau, le médecin en fasse l'essai sur un animal ? »

M. Carl Vogt constate qu'il existe en Allemagne un mouvement analogue à celui qui a amené en Angleterre l'adoption de la loi sur la vivisection. A en croire le professeur Virchow, les meneurs de la campagne antivivisectionniste ne désespèrent pas d'obtenir en Parlement allemand une loi conforme à leurs vues.

Carl Vogt croit que l'origine de cette lutte a une cause plus profonde qu'une erreur de sentiment. D'après lui, le mouvement contre la vivisection serait essentiellement protestant. Il ne prospère que dans les pays protestants; il est d'accord avec l'ensemble d'idées qui constituent le protestantisme orthodoxe, il représente enfin un furieux combat d'avant-poste contre la science, principalement contre le libre examen. (*Revue politique.*)

Asile Sainte-Anne. — M. le professeur B. Ball fera dimanche matin, à 10 heures, une leçon sur la *folie religieuse.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Aux Bureaux de la Société de géographie.

Guide hygiénique et médical des voyageurs dans l'Afrique intertropicale, rédigé au nom d'une commission de la Société de médecine pratique de Paris, par MM. Ad Nicolas, Lacaze et Signol, et publié par la Société de géographie et la Société de médecine pratique de Paris, avec les concours des Sociétés de géographie de Lyon, Marseille, Bordeaux, Montpellier, Nancy, Rouen, Rochefort et Douai.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Succ', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 9 SAMEDI 12 JANVIER 1882. 7770.

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue St-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 9. Samedi 21 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR RICHET.

Fractures de l'extrémité inférieure du radius. — Diagnostic et traitement.

Leçon recueillie par M. le Dr BAZY,

Chef de clinique chirurgicale.

Messieurs,

Le hasard vient de nous envoyer deux fractures de l'extrémité inférieure du radius ; je ne veux pas laisser passer cette occasion sans vous entretenir de ces fractures, au point de vue qui seul doit nous occuper ici, c'est-à-dire au point de vue clinique ; je ne vous parlerai donc que du diagnostic et du traitement.

Les deux malades, qui sont le sujet de cette leçon, sont deux femmes : l'une est couchée au n° 11 de notre salle Notre-Dame ; la deuxième est la femme d'un employé de la maison qui me l'a amenée.

La première est tombée il y a onze jours ; elle est arrivée ici avec un gonflement énorme du poignet, de l'avant-bras et de la main, tenant à un épanchement considérable de sang dans le tissu cellulaire, les gaines et les articulations ; aussi, la région était-elle extraordinairement déformée.

Il m'a suffi de la regarder de loin pour affirmer qu'elle avait une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et cela, malgré le gonflement qui m'empêchait de toucher cet os. En effet, messieurs, c'est là une vérité démontrée, sur le terrain clinique, par Velpeau, et sur le terrain de l'anatomie pathologique, par Voillemier : il est inutile d'explorer un avant-bras atteint de fracture de l'extrémité inférieure du radius. Il est même dangereux de le faire, nous disent ces auteurs. parce qu'on fait souffrir les malades et qu'on peut augmenter les lésions. Il suffit de regarder. Je crois que c'est pousser trop loin le puritanisme et, si l'on peut souvent se contenter de l'organe de la vue, on peut cependant, dans quelques cas, retirer des informations utiles d'un examen plus direct et plus approfondi. Cet examen, nous avons pu le faire très facilement sur la deuxième malade, chez laquelle le gonflement était à peu près nul. Mais je reviens à la première malade et je dis qu'on pouvait faire le diagnostic sans le concours du toucher. En effet, il suffit de regarder la région blessée par ses quatre côtés : par sa face antérieure ou palmaire, par sa face postérieure, par son bord radial et par son bord cubital.

Mais, avant de procéder à cet examen, je vous engage à faire une opération préliminaire : bien vous assurer qu'il n'y a aucune lésion

du côté opposé, afin que vous puissiez utilement comparer les deux membres, et que le malade n'a pas eu autrefois de fracture sur le côté que vous êtes appelé à examiner.

En examinant par la face palmaire, que voyez-vous? Du côté sain, vous remarquez que l'axe du médius passe par l'axe de l'avant-bras; du côté malade, au contraire, la main s'est jetée sur le bord radial de l'avant-bras; vous voyez que ces deux axes du médius et de l'avant-bras ne se correspondent pas; l'axe du médius correspond à l'axe du radius, et c'est l'axe de l'annulaire qui est le prolongement de l'axe de l'avant-bras.

Examinez maintenant par la face dorsale, et vous y retrouverez cette même déviation; premier signe.

Un second signe vous sera fourni par l'examen du poignet, selon son bord radial. Vous verrez alors une déviation sur laquelle Velpeau insistait beaucoup, c'est la déviation dite en *dos de fourchette*; elle consiste, comme vous le savez, dans une saillie située sur la face dorsale; qui se trouve à peu près à la hauteur ou mieux un peu au-dessus de l'articulation du poignet, et qui est en tous points comparable à cette déviation que vous voyez sur une fourchette au moment où elle va se diviser en ses trois ou quatre branches. Cette déviation est connue depuis longtemps. Vidal de Cassis, dans son Traité de pathologie externe, en a dessiné un bel exemple que je lui avais fourni et que j'avais disséqué, alors que j'étais l'interne de Velpeau, dans le service duquel est mort le malade, non pas de sa fracture (car vous pensez bien qu'on ne meurt pas d'une fracture simple de l'extrémité inférieure du radius), mais d'une maladie accidentelle.

En regardant par le bord cubital, on voit la saillie considérable que fait la tête du cubitus. C'est un signe sur lequel Laugi insistait, mais qui n'a pas la même valeur que les précédents.

Si vous voulez maintenant vous aider du toucher et rechercher sur le squelette les saillies osseuses qui terminent en bas les deux os de l'avant-bras, en d'autres termes, les apophyses styloïdes du radius et du cubitus, vous serez frappé d'une particularité qui n'est pas indiquée dans les auteurs classiques, et que je répète dans mes cliniques depuis dix à douze ans, qui est néanmoins connue par la plupart d'entre vous. En effet, prenez entre deux de vos doigts, le pouce et l'index, les apophyses styloïdes à leur sommet. Sur un poignet sain, vous remarquerez que ces deux saillies ne sont pas au même niveau, l'apophyse radiale descendant beaucoup plus bas que la cubitale. Sur un poignet atteint de fracture, au contraire, vous verrez que ces deux apophyses sont au même niveau, souvent même l'apophyse radiale est plus élevée que la cubitale. C'est un signe qui ne manque jamais. De plus, comme les éminences font une saillie assez marquée, qu'elles sont superficielles, il est toujours possible, je dirai

même facile, de les sentir, par conséquent d'ajouter un signe important à ceux dont je viens de vous parler ; j'irai même plus loin et je dirai que la constatation seule de cette déformation suffit pour affirfirmer le diagnostic.

Enfin, je dois vous signaler un autre signe que vous pourrez aisément constater chez la femme de l'employé.

Quand vous passez votre doigt sur l'extrémité inférieure d'un radius sain, vous sentez des saillies, des inégalités, des gouttières correspondant au passage des tendons extenseurs de la main.

Examinez, au contraire, un radius atteint de fracture, ces inégalités n'existent plus ; l'extrémité inférieure vous paraît arrondie, épaissie ; car elle a été broyée, pilée, en quelque sorte, tous les fragments étant maintenus ensemble par le périoste épais de la région.

Chez cette malade encore, vous pourrez constater de la mobilité anormale et de la crépitation ; le diagnostic est très facile chez elle, car tous les signes sont réunis. Mais vous trouverez rarement un cas semblable, un ensemble aussi complet ; aussi ai-je dû insister sur les principaux d'entre eux et vous montrer qu'un seul suffit souvent à établir le diagnostic.

Il y a longtemps, messieurs, que je l'ai dit et depuis répété maintes fois dans mes cours, la fracture de l'extrémité inférieure du radius diffère des autres fractures, en général, et par son anatomie pathologique et par son diagnostic ; par son anatomie pathologique, parce que c'est une fracture par pénétration et à fragments multiples ; par son diagnostic, car elle se diagnostique par la simple déformation.

Elle n'en diffère pas moins par son traitement. La pathologie générale des fractures n'est plus applicable à cette fracture spéciale. Quand vous avez à traiter une fracture de l'extrémité inférieure du radius, vous devez abandonner toutes vos idées sur le traitement général de ces genres de lésions, et en prendre d'autres, presque absolument inverses.

Que fait-on, en effet, dans les autres fractures ? Après qu'on les a bien reconnues, on les réduit et, une fois réduites, on les maintient à l'aide d'appareils appropriés à chaque région et qu'on laisse en place plus ou moins longtemps, suivant les cas, mais toujours un temps assez long.

Ici, la réduction est impossible ; vous n'avez pas un fragment, mais un grand nombre de fragments. Comment agir envers eux ? Mais supposons que vous puissiez réduire, pourrez-vous maintenir ? Pas davantage. Je n'en veux pour preuve que la multiplicité des appareils inventés pour obtenir une contention illusoire. Huguier avait inventé un appareil à traction qui prenait son point d'appui sur le bras, l'avant-bras étant fléchi à angle droit ; par l'autreextrémité,

il pouvait exercer des tractions continues sur la main ; il est abandonné. Ainsi donc, dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, la réduction est toujours difficile, souvent impossible à obtenir, toujours impossible à maintenir.

Néanmoins, un appareil est utile et même indispensable. Devez-vous l'appliquer tout de suite ? Non, c'est nuisible ; vous vous exposez, par la pression que vous exercerez sur une région tuméfiée, à avoir des accidents graves et à déterminer une ankylose. Aussi ai-je posé en principe qu'il faut attendre avant de poser un appareil ; il convient tout d'abord de calmer les douleurs par l'immobilité dans une gouttière et par des topiques résolutifs ; je n'en mets que plus tard, quand les accidents initiaux sont calmés ; vous avez tout le temps ; ce n'est qu'au dixième, onzième ou douzième jour que ce résultat est obtenu, et alors vous placez votre appareil.

Avant de le placer, je commence, comme vous allez me le voir faire, non par réduire, mais par façonner l'extrémité fracturée ; je cherche à l'aplatir ; puis je porte la main sur le bord cubital. Pour la maintenir nans cette position, vous savez que Dupuytren avait imaginé sa fameuse attelle cubitale, qui est une attelle coudée sur les bords, comme vous le savez ; elle est inutile ; aussi, ne nous en servirons-nous pas. On cherche ensuite à effacer les saillies palmaire et dorsale, et enfin on place l'appareil. Celui auquel je donne la préférence est un appareil à jour.

Il est inutile de se servir de compresses graduées ; car l'espace interosseux n'existant point dans le point où siège la fracture, on n'a pas à remplir cette indication, qui existe dans les fractures de l'avant-bras à la partie moyenne, à savoir qu'on doit maintenir écartés les fragments appartenant au radius de ceux du cubitus, afin d'empêcher leur fusion et de conserver les mouvements de pronation et de supination.

Les compresses graduées, néanmoins, peuvent servir. Ces compresses ne doivent pas dépasser la racine des doigts qui doivent rester libres, et pouvoir se mouvoir librement. Par-dessus les compresses, je place des attelles très larges, plus larges que l'avant-bras, afin que les bandelettes de diachylon, qui servent à les maintenir, ne compriment pas ses bords radial et cubital. Grâce à cet appareil, on peut toujours inspecter la fracture, voir si elle est bien maintenue, si la compression est suffisante et si elle n'est pas trop énergique.

Avec les appareils inamovibles, on ne peut pas visiter la fracture. Ces appareils à jour sont les meilleurs ; aussi sont-ils généralement adoptés ; du reste, ils ne sont pas de moi ; ils sont de Malgaigne ; je les accepte et je m'en sers, parce qu'ils sont bons.

Quand faut-il enlever l'appareil ? Messieurs, il ne faut pas le laisser plus de quinze à vingt jours ; avec les dix ou onze jours pendant les-

quels la fracture est restée sans appareil, cela fait vingt-cinq à trente jours : c'est le temps suffisant et nécessaire à la consolidation. L'autopsie de ces fractures, quand elle a pu être faite, a en effet démontré que cette consolidation était accomplie après vingt-cinq à trente jours.

Du reste, il y a un très grand avantage à enlever l'appareil de bonne heure. Vous êtes obligé pour maintenir la fracture de comprimer légèrement les gaînes tendineuses et les articulations, vous favorisez par conséquent l'agglutination des tendons à leurs gaînes et celle de surfaces synoviales. C'est là un inconvénient auquel il faut remédier le plus tôt possible. Favorisez autant que possible le retour du mouvement dans les doigts, car la main ne vaut qu'autant que les doigts sont mobiles ; sans cela c'est un battoir qui ne sert à rien, et dans certaines circonstances mieux vaudrait un appareil, un simple crochet. Donc, enlevez l'appareil de bonne heure et faites faire immédiatement des mouvements aux doigts. Du reste, pendant tout le temps que l'avant-bras est dans l'appareil, je recommande aux malades de remuer et de se faire remuer les doigts ; voilà pourquoi je ne veux pas que les compresses, pas plus que les attelles, dépassent la racine des doigts.

Malgré toutes les précautions que vous aurez prises, vous devrez prévenir les malades qu'ils conserveront longtemps de la raideur et *qu'ils auront* une grande difficulté à faire certains mouvements ; vous leur direz (ce qui les frappera beaucoup) que pendant longtemps ils auront de la peine à ouvrir et à fermer les portes à bouton : le mouvement que l'on exécute alors est en effet un mouvement de pronation et de supination.

Si l'on n'a pas gardé cette réserve, on peut être exposé à beaucoup de désagréments : j'ai été plusieurs fois appelé en justice, et il m'est arrivé de préserver de dommages-intérêts souvent considérables des chirurgiens, d'ailleurs distingués, qui avaient négligé de prévenir leurs malades.

Voilà pourquoi, messieurs, j'ai tenu à vous parler de ce sujet en apparence peu important, moins longuement cependant que je ne l'aurais voulu ; voilà pourquoi aussi j'ai voulu placer ces appareils devant vous.

Du tympanisme sous-claviculaire étudié au point de vue du pronostic des épanchements pleurétiques. (*Suite et fin.*) (1).

Par M. J. Grancher,

Agrégé, Médecin de l'hôpital Necker.

Voici comment la chose se passe d'ordinaire. Un homme vigoureux prend une pleurésie ; en même temps il tousse et crache un

(1) Voir *France médicale*, n° 8, p. 86.

peu. Quand il entre à l'hôpital, quelques jours après le début de sa maladie, on peut constater, en même temps qu'un épanchement pleurétique moyen ou abondant, cette dissociation particulière des signes physiques, dans la région sous-claviculaire. Avec ou sans ponction, avec ou sans vésicatoires, l'épanchement disparaît et le lobe inférieur du poumon reprend peu à peu ses fonctions ; les vibrations, la respiration, le son même reviennent à la base ; au contraire, le lobe supérieur reste à peu près dans le même état. Le tympanisme a disparu, cependant il a fait place à une submatité ou même à une matité évidente ; les vibrations sont toujours exagérées et la respiration toujours affaiblie. Cela dure un mois ou deux, sans notable changement, et le malade, qui a repris une partie de ses forces, qui mange et qui s'ennuie à l'hôpital, part en se croyant guéri. Mais il rentrera plus tard dans un autre service où le diagnostic de phthisie pulmonaire sera porté légitimement et sans discussion. Malheureusement les hasards de la répartition des malades dans nos hôpitaux permettent rarement au même médecin de suivre toutes les phases de la maladie, depuis la pleurésie initiale jusqu'à l'excavation pulmonaire ultime.

J'ai pu cependant suivre un de ces malades, de l'origine à la fin des accidents, et l'autopsie confirma pleinement le diagnostic que je portais, le premier jour de son entrée à l'hôpital, congestion pulmonaire tuberculeuse accompagnée d'épanchement pleurétique. C'est le nommé Fou..., homme extrêmement vigoureux, alcoolique, qui commença sa maladie à l'hôpital Tenon, et vint mourir quinze mois après à Necker.

Cependant, les choses ne tournent pas toujours au tragique ; d'abord parce que, même si la congestion pulmonaire est de nature tuberculeuse, la phthisie marche quelquefois lentement, avec de longues périodes de rémission, et peut même s'arrêter sur place et guérir. Ensuite, le fait de la congestion pulmonaire, constaté par l'ensemble des signes physiques que je signale, n'entraîne pas nécessairement l'affirmation de la tuberculose. Celle-ci peut faire défaut, comme semblent le prouver quelques rares faits où la respiration et les autres signes de l'état physiologique du poumon reparurent peu à peu, après la disparition de l'épanchement pleural. Mais ces faits sont tout à fait exceptionnels.

Le tympanisme sous-claviculaire, accompagné d'une exagération des vibrations vocales et d'un affaiblissement considérable de la respiration, est le plus souvent en rapport avec une forme de tuberculose pulmonaire, marquée par un épanchement pleurétique.

Cette variété de sonorité sous-claviculaire pourrait s'appeler *tympanisme de congestion*, par opposition au tympanisme de suppléance de la première variété.

III. — Une troisième combinaison peut se rencontrer avec le tympanisme : les vibrations sont diminuées ou éteintes, en même temps la respiration est également affaiblie, selon le schéma suivant :

Son........... +
Vibrations..... —
Respiration.... —

C'est quand il existe une compression du hile du poumon ou des grosses bronches du lobe inférieur que ce type se rencontre. Il peut encore se trouver en rapport avec l'œdème pulmonaire concomitant de l'hydrothorax. J'ai diagnostiqué ainsi une pleurésie médiastine, remontant au-dessus du hile du poumon gauche et comprimant la racine des bronches ; l'autopsie confirma mon diagnostic.

Mais cette troisième variété, qu'on pourrait appeler le *tympanisme de compression* et d'*œdème pulmonaire*, cette troisième variété de tympanisme est beaucoup moins fréquente que la première, et surtout que la seconde, de beaucoup la plus commune.

En résumé, il existe dans beaucoup de lésions pleuro-pulmonaires, mais particulièrement dans les pleurésies avec épanchement, un certain ensemble variable de signes physiques qui permettent de diagnostiquer l'état sain ou pathologique du lobe supérieur du *poumon*.

Dans le schéma le plus simple, quand il y a une *association* parallète en + de tous les signes fournis par la percussion, l'auscultation et la palpation, le poumon est sain.

Quand il y a *dissociation*, c'est-dire modification inverse des signes physiques, deux cas peuvent se rencontrer :

1° Ou bien l'augmentation du son et des vibrations coïncide avec une diminution du murmure vésiculaire.

Il y a alors congestion du lobe supérieur du poumon et le plus souvent tuberculose.

2° Ou bien le tympanisme s'accompagne d'une diminution des vibrations et du son.

Le fait est assez rare ; il signifie compression des grosses bronches ou œdème pulmonaire.

J'ai négligé à dessein dans cette étude toute théorie physique, toute explication fondée sur l'acoustique. Je me suis contenté de constater les faits sur le vivant, de les interpréter de mon mieux et de les vérifier, à l'occasion, sur le cadavre.

J'ai de même pris le mot tympanisme dans son sens le plus large, depuis l'hypersonorité manifeste jusqu'au son clair, bref et métallique, voisin de la matité. Ces extrêmes et les intermédiaires dépendent, à mon avis, comme l'a dit Traube, plutôt de la quantité de l'épanchement que de l'état sain ou pathologique du poumon.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE PHÉNIQUE. — Le docteur Edward T. Reichert (Contribution à l'étude de la toxicologie des poisons cardiaques, *American Journal of. med. sciences*) étudie les effets physiologiques de l'acide phénique et relate cinquante-six cas d'empoisonnement tirés de sources diverses.

L'analyse de ces cas est d'un intérêt considérable et fixe divers points importants. En dehors des symptômes locaux de douleurs dans la bouche, dans l'œsophage et l'estomac, écume sortant de la bouche et du nez, il y a, en cas d'empoisonnement aigu par l'acide phénique, insensibilité, déglutition difficile ou impossible; peau froide et visqueuse, respiration stertoreuse, pouls fréquent, faible et intermittent, pupilles contractées, anesthésie, urine brunâtre, noirâtre ou verdâtre. Tels sont les symptômes caractéristisques les plus constants. Le système nerveux est profondément affecté; on constate presque constamment des convulsions chez les animaux, plus rarement chez l'homme et, quand elles apparaissent, elles sont plutôt cloniques que toniques et paraissent d'origine centrale, médullaires et probablement localisées dans les colonnes motrices. Les effets sur la circulation n'ont pas été jusqu'à présent suffisamment étudiés. Chez l'homme, le cœur est évidemment sous l'influence d'un poison, car la faiblesse et l'intermittence du pouls, si fréquemment observées chez l'homme, prouvent l'action paralysante sur le cœur; comme le prouvent également la lenteur et la faiblesse du pouls qui ont été quelquefois remarquées. L'action locale sur le tube digestif est celle d'un poison corrosif et irritant qui produit une eschare blanchâtre, la peau de la membrane muqueuse devenant cornée.

La plus petite dose qui ait amené la mort sur un homme de 64 ans était d'un drachme (3 gr. 54). Cependant deux enfants qui avaient pris chacun la même dose se rétablirent. La mort survint en quelques cas subitement quand la dose prise était forte. Ordinairement elle résulte de paralysie cardiaque ou d'asphyxie.

Dans le traitement, les adoucissants, l'huile, le lait et les œufs avec l'administration d'alcalins, particulièrement les saccharures de chaux ou les sulfates alcalins, constituent les meilleurs remèdes qui puissent être employés. Les injections sous-cutanées d'apomorphine peuvent être avantageusement employées pour provoquer les vomissements.

DEUX CAS DE MORT PAR L'EMPOISONNEMENT PAR L'IODOFORME. — Le Dr A. Henry qui avait obtenu de très bons résultats dans des cas de carie osseuse, par des pansements à l'iodoforme, communique au *Deutsche med. Woch.*, n° 34, 1881, les détails de deux cas mortels d'empoisonnement par l'usage de l'iodoforme en pansements. Aucune autre

cause positive de mort ne put être découverte à l'autopsie, et dans les deux cas les symptômes étaient identiques. Les symptômes cérébraux étaient les plus prononcés, consistant en une stupeur dont il était difficile de tirer le malade, et à laquelle succéda bientôt le coma; il y avait aussi paralysie dans les sphincters, aphonie, contractions des muscles du cou, rétraction des muscles de la paroi abdominale (ventre en bateau), et le pouls très fréquent. La température restait normale. La seule différence entre ces cas était la force avec laquelle les symptômes commencèrent.

Dans les premiers cas, 150 à 200 grammes d'iodoforme avaient été employées. Les premiers signes de maladie parurent le deuxième jour et la mort survint le sixième jour. Dans le second cas, 100 à 150 grammes d'iodoforme furent employés; neuf jours se passèrent pendant lesquels le malade était bien. Cette période fut suivie de violents maux de tête pendant deux jours. L'assoupissement survint et le malade mourut le sixième jour après l'opération.

A l'autopsie, l'examen ne révèle qu'une dégénérescence graisseuse du cœur, une altération du parenchyme du foie et des reins, comme dans les cas d'empoisonnement par le chloroforme et dans les expériences faites sur les animaux par Mohschot, Binz, etc.

Il reste à indiquer que le premier de ces deux malades était un ivrogne, d'une constitution forte, âgé de 57 ans. Le second, une femme chétive, âgée de 63 ans. (*Centralblatt f. Chir.*, octobre 1881).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance solennelle du 18 *janvier* 1882.— *Présidence de* M. DE SAINT-GERMAIN.

Après une très spirituelle allocution du président sortant, M. de Saint-Germain, un compte rendu très bien fait et très écouté de M. Le Dentu, secrétaire annuel, et l'éloge de Chassaignac par M. Horteloup, secrétaire général, M. le secrétaire a procédé à la lecture des prix décernés par la Société.

Voici la liste des lauréats :

Prix Demarquay.— M. René Leclerc, interne à l'hôpital de la Charité.

Prix Gerdy. — Le sujet était : *De la réunion par première intention*. Prix, M. Bousquet. — Accessit, M. Carvy.

Prix Duval. — M. le Dr Dubar, ancien interne des hôpitaux.

Le prix Laborie, *Des suites éloignées de l'ovariotomie*, n'a pas été décerné.

P. BAZY.

CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER

—

LONDRES. — Il est de tradition, pour la plupart de nos journaux de médecine, de passer en revue, dans le dernier numéro de décembre, les faits principaux qui ont marqué le cours de l'année qui finit. Ouvrez la « *Lancet* », la « *Medical Press* », par exemple, vous y trouverez dressé, dans ce qu'ils nomment le « *retrospect* », le bilan de 1881. Tous s'accordent pour reconnaître qu'un événement capital domine absolument l'histoire de ces douze mois et que dans les annales de la médecine, de ce côté-ci de la Manche du moins, on dira en parlant de 1881 : « *l'année du grand Congrès* ». Il est à noter, en effet, que l'éclat, incontestable du reste, de ces assises scientifiques est rappelé à tout instant dans la presse médicale et considéré comme un titre de gloire nationale. En tous cas, il n'en est jamais fait mention sans l'accompagnement de qualificatifs profondément admiratifs. Vous n'attendez point de votre chroniqueur une note discordante, mais vous lui permettrez toutefois d'être bref sur ce sujet qui a été traité sur tous les tons. Jugeant inutile de vous redire ce qu'a été le Congrès, il se contentera de vous signaler un détail, tout pratique celui-là, dont quelques-uns de vos lecteurs feront peut-être leur profit.

A dater du 1er janvier, on est à même de se procurer en librairie, le compte rendu *in extenso* des discours, adresses, communications, discussions, etc., etc., du Congrès, dans les trois langues officielles, anglais, français, allemand. Le tout ne comprend pas moins de quatre gros volumes.

Comme chacun peut être acquis séparément, j'ai le désir d'être complet jusqu'au point de vous en indiquer le contenu. On trouvera donc, dans le tome I, outre la liste des adhérents et les discours de bienvenue, tout ce qui a trait à l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la matière médicale et la pharmacologie.

Tome II, médecine et chirurgie ordinaires, médecine et chirurgie militaires.

Tome III, ophthalmologie, maladies mentales, maladies de la peau, de la gorge, de l'oreille et des dents.

Tome IV, maladies des enfants, obstétrique et hygiène publique.

Un des gros incidents de l'année sur lequel les auteurs de « retrospect » dont je parlais à l'instant ne manquent pas de disserter encore assez longuement est la rencontre en consultations, lors de la maladie de M. Disraëli, du Dr Quain avec le Dr Kidd. J'ai déjà eu l'occasion de vous mettre au courant des ardentes polémiques que souleva cette question des rapports entre homœopathes et allopathes. On n'a pas oublié non plus le singulier succès qui accueillit la tentative de fraternisation essayée par les Drs Humphry et Bristowe dans

leurs discours, au meeting de la British medical Association à Ryde, en août dernier. De temps en temps la question revient sur le tapis, et l'on entend comme un écho affaibli de tout ce grand tapage.

Il y a peut-être plus encore à se féliciter de pouvoir mettre à l'actif de cette année 1881 la préparation sérieuse de la réforme médicale que d'y inscrire la date éclatante du Congrès.

Je ne crois pas commettre une hérésie en annonçant qu'un remaniement profond du programme des études, et surtout qu'une modification complète dans le mode d'obtenir les divers grades ou diplômes est susceptible de produire des résultats plus féconds que ceux que les plus enthousiastes peuvent attribuer à la solennité du mois d'août.

Contraint de céder sous la pression énergique de l'opinion publique, par laquelle il a pris l'habitude de se faire remarquer, loin qu'il ait la moindre initiative, le *General medical Council* semble admettre enfin que tout n'est pas pour le mieux ; toujours est-il que, *volens aut nolens*, il devra sortir de son apathie, de son indifférence, de son esprit de routine. La nomination, par arrêté royal, d'une commission à pouvoirs très étendus, allant même jusqu'à la mise en discussion de l'utilité actuelle du *General medical Council*, a été, comme on peut le penser, un vigoureux coup d'éperon sous lequel on se cabre bien un peu, mais sous lequel aussi on marchera d'une allure plus vive. En vérité, ce ne saurait être un mal.

D'une façon générale, on semble reconnaître de plus en plus la nécessité d'études préliminaires solides, d'un cours complet d'humanités, pour celui qui se destine à la carrière médicale. On ne commetra plus cette faute d'assimiler l'étudiant à celui qui n'a pour objectif qu'une situation commerciale ou industrielle.

Dans un précédent bulletin, je vous ai parlé de la ridicule campagne entreprise par les antivivisectionnistes. Bien que le procès fait au professeur Ferrier ait tourné à leur propre confusion, il est malaisé de ne pas envisager la situation faite aux expérimentateurs, par une loi ridicule, sous un jour assez sombre, et de ne pas considérer cela comme un gros point noir. Sans prendre plaisir le moins du monde à la grossir, on ne peut s'empêcher d'opposer cette ombre au fulgurant éclat du Congrès. Ce ne sera pas sans surprise qu'on lira plus tard que la métropole aura, dans la même année, offert l'hospitalité à tous les savants, à tous les chercheurs du monde entier, et permis que l'un de ses plus illustres physiologistes fut en butte aux poursuites de la secte sentimentaliste, grâce aux restrictions que la loi apporte dans la façon de procéder aux études expérimentales.

Il y aurait encore à vous donner quelques détails sur l'Irlande, l'Ecosse, où quelques réformes importantes ont été accomplies. La

question comporte quelques développements et peut être réservée pour un prochain bulletin. Quant à celui-ci, je lui aurai tout à fait donné les allures rétrospectives quand j'aurai fait mention des absents : l'Angleterre a perdu, cette année, Billing et Rolleston; l'Irlande, Hayden et Mac Clinetock; l'Ecosse, Wood et Sanders, pour ne citer que les principaux.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 23 au 28 janvier 1882.) — *Lundi*, 23. — Doctorat, 3e : MM. Regnauld, Baillon et Bourgoin. — 5e (Charité) : MM. Charcot, Guyon et Budin. — 5e (nouveau mode), 1re partie, clinique chirurgicale et clinique obstétricale : MM. Depaul, Trélat et Reclus.

Mardi, 24. — 3e, fin d'année : MM. Ball, Troisier et Bouilly. — Doctorat, 2e : MM. Richet, Le Fort et Humbert. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 5e (Charité) : MM. G. Sée, Pajot et Richelot. — 5e (Charité) : MM. Peter, Panas et Charpentier.

Mercredi, 25. — Doctorat, 1er : MM. Guyon, Tillaux et Cadiat. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 4e : MM. Charcot, Fournier et A. Ollivier. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Potain et Pinard.

Jeudi, 26 (Assemblée de la Faculté à 3 heures). — Doctorat, 2e : MM. Le Fort, Laboulbène et Debove. — 2e : MM. Richet, Brouardel et Troisier. — 2e : MM. G. Sée, Panas et Grancher.

Vendredi, 27. — Doctorat, 1er : MM. Verneuil, Duplay et Remy. — 1er : MM. Trélat, Tillaux et Pozzi. — 2e (nouveau mode, 2e partie, physiologie) : MM. Vulpian, Hayem et Ch. Richet. — 5e (Charité) : MM. Parrot, Guyon et Budin. — 5e (nouveau mode), 2e partie, pathologie interne, anatomie pathologique : MM. Charcot, Potain et Dieulafoy.

Samedi, 28. — Doctorat, 1er : MM. Richet, Le Fort et Peyrot. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin. — 1er : MM. Sappey, Panas et Bouilly. — 4e : MM. Hardy, Brouardel et Hallopeau. — 4e : MM. Peter, Laboulbène et Grancher.

Samedi, 28. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

Exercice illégal de la pharmacie. — Un herboriste du quartier de Perrache, un fabricant d'élixir de Saint-Rambert-l'Ile-Barbe, inculpés d'exercice illégal de la pharmacie, et un pharmacien du quartier des Brotteaux, prévenu de vente de remèdes secrets, ont été condamnés à 500 fr. d'amende par le tribunal correctionnel de Lyon. (*Lyon médical.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, Succ', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince, 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I N° 10 MARDI 24 JANVIER 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique. 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 10. Mardi 24 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

La décentralisation des concours d'agrégation et les délégués des Facultés de médecine au Conseil supérieur de l'instruction publique.

La question de la décentralisation des concours d'agrégation préoccupe beaucoup les facultés de province. La plupart d'entre elles se sont prononcées contre l'institution des concours d'agrégation à Paris et les délégués des Facultés de médecine ont promis de porter leurs vœux auprès du ministère et de défendre leurs intérêts auprès du Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Nous avons publié récemment la circulaire de M. P. Bert invitant les Facultés à se prononcer sur l'opportunité de certaines modification au règlement du concours d'agrégation.

Nous nous proposons d'étudier bientôt dans ce journal les avantages et les inconvénients de la centralisation du concours à Paris.

Nous trouvons aujourd'hui dans le *Lyon médical* un article sur cette question et sur l'attitude des deux délégués de nos Facultés : MM. Moitessier de la Faculté de Montpellier et Béclard de la Faculté de Paris. Nous avons pensé intéresser nos lecteurs en le reproduisant. E. B.

Jusqu'à l'avènement au ministère de l'instruction publique de M. P. Bert, les Facultés de médecine étaient représentées au Conseil supérieur par MM. Moitessier et Vulpian. Ce dernier ayant donné sa démission de doyen et de membre du Conseil supérieur, M. Paul Bert confia à M. le professeur Béclard le décanat de la Faculté de Paris. Quelques jours plus tard, ses collègues parisiens, dans un vote préparatoire, posaient sa candidature au Conseil supérieur de l'instruction publique. La majorité des électeurs des Facultés de province, ignorant si M. Béclard acceptait le programme de son prédécesseur, s'abstinrent ou votèrent contre. Dans le scrutin du 9 décembre, sur 230 électeurs inscrits, il y eut 98 voix pour M. Béclard, 83 contre et 49 abstentions.

L'attitude de M. Béclard, au sein du Conseil, en partie dévoilée par la lettre suivante qu'on nous communique, justifie le vote des électeurs provinciaux, et ne semble pas en rapport avec sa profession de foi qui ne fut connue de la plupart des électeurs qu'après l'élection(1).

(1) Paris, 8 décembre 1881.

Mon cher collègue,

Partisan, dans une juste mesure, de la centralisation politique dans un pays issu du régime féodal, je considère que la décentralisation intellec-

Monsieur et très honoré collègue,

Quand les Facultés de médecine m'ont fait l'honneur de me confier la mission de les représenter au Conseil supérieur de l'instruction publique, j'ai pris l'engagement de défendre les intérêts des Facultés de province, et j'ai accepté le programme qu'elles avaient formulé. Ce programme renfermait trois propositions essentielles :

Décentralisation des concours d'agrégation ;

Modifications dans la répartition du traitement ;

Réforme du règlement de 1879 relatif à l'organisation des bibliothèques.

Dès la première session du Conseil, nous nous sommes empressés, M. Vulpian et moi, de saisir M. le Ministre des vœux formulés dans ce programme, en le priant de les soumettre à la section permanente. La lettre collective que nous avons écrite à ce sujet n'ayant pas reçu de réponse nous avons à plusieurs reprises renouvelé notre demande dans les sessions suivantes.

Deux de ces questions, celle des bibliothèques et celle des traitements, ont reçu une solution peu en harmonie avec le désir des Facultés de province ; mais elles ont été résolues, administrativement, sans que le Conseil ait été consulté. L'une de ces solutions a même provoqué, de la part de plusieurs Facultés, de justes réclamations dont nous nous sommes fait les interprètes auprès de l'Administration supérieure. Il y a lieu d'espérer que les promesses qui nous ont

---

tuelle n'est pas moins nécessaires à notre grandeur. Je suis donc acquis d'avance à toutes les mesures capables d'augmenter l'importance et la valeur des centres scientifiques et littéraires de notre pays.

Le droit de présentation dont jouissent les Facultés pour le remplacement des chaires vacantes est un point acquis, que personne sous le régime actuel ne peut songer à contester. L'intervention des Conseils académiques ou de la Commission permanente, qui ne peuvent guère que sanctionner le choix des Facultés, ne me paraît guère à craindre. Quant au droit de nomination directe que s'est réservé le pouvoir central pour les créations des chaires, je pense qu'il serait désirable, non seulement que la Faculté fût d'abord consultée sur l'opportunité de la création, mais encore sur le choix du titulaire.

Je pense aussi que la transformation des Facultés dites municipales en Facultés de l'Etat est désirable à tous les points de vue. La paternité municipale, elles ont dû la subir pour venir au monde, mais cette phase de leur existence ne peut être que transitoire, et l'on doit s'efforcer de la raccourcir.

Quant aux diverses classes de professeurs titulaires, c'est une de ces anomalies que rien ne justifie et qui doit disparaître.

Veuillez agréez, etc. Signé : BÉCLARD.

Montpellier, le 4 janvier 1882.

été faites à ce sujet (assimilation des Facultés municipales aux Facultés de l'Etat) seront prochainement réalisés.

Quant à la réforme du concours d'agrégation, j'espérais la voir figurer à l'ordre du jour de la dernière session du Conseil. En présence d'un nouvel ajournement j'ai prié mon nouveau collègue M. Béclard de se joindre à moi pour renouveler une fois de plus, auprès de M. le Ministre, les démarches commencées par M. Vulpian.

Après m'avoir promis son concours, M. Béclard m'a adressé la lettre suivante que j'ai l'honneur de vous communiquer :

Paris, 23 décembre 1881.

Mon cher collègue,

J'ai réfléchi à la communication que vous m'avez faite à la première séance du Conseil supérieur. J'ai le regret de ne pouvoir m'associer à la proposition que vous avez l'intention de formuler relativement aux jurys d'agrégation pour les Facultés de médecine. Je crois que le moment n'est pas opportun et qu'une question de cette nature ne peut être examinée et résolue sans que toutes les Facultés de médecine, et même de droit, n'en aient été d'abord saisies. Il y a de bonnes raisons à faire valoir en faveur du système ancien ; il y en aussi qui ont leur valeur en ce qui touche le régime actuel. Ce n'est pas là, d'ailleurs, une des questions qui touchent le plus l'ensemble des Facultés de France. Commencer par une réforme qui n'est pas demandée par toutes les Facultés, ce serait, à mon sens, compromettre le succès de celles qui sont à peu près unanimement réclamées.

C'est d'ailleurs, je le répète, hors session que la solution des réformes doit être preparée ; ce n'est pas en une semaine qu'elles peuvent être utilement discutées. Les Facultés qui m'ont fait l'honneur de me consulter sur mes dispositions personnelles, à l'occasion de l'élection dernière, n'avaient pas inscrit cette réforme en tête de leur programme, et je dois même dire qu'elle n'y figurait pas.

Veuillez agréer, etc. BÉCLARD.

Enfin, le lendemain du jour où j'ai recu cette lettre, paraissait au *Journal officiel* la circulaire ministérielle qui se termine par ces mots :

« Il ne s'agit, d'aucune manière, de rétablir les agrégations locales,
« mais de favoriser le recrutement du corps de l'agrégation en fai-
« sant disparaître, dans la mesure du possible, les obstacles qui em-
« pêchent un certain nombre de jeunes gens de se faire inscrire. Il
« s'agit surtout d'élever le niveau du concours en améliorant les
« épreuves qui peuvent être utilement modifiées. »

Dans ces conditions, il est essentiel que je sache si les termes du mandat que j'ai accepté restent aujourd'hui ce qu'ils étaient en 1880 lorsque les Facultés de médecine m'ont fait l'honneur de me nommer leur représentant au Conseil supérieur. Je vous prie donc, mon cher

collègue, de vouloir bien provoquer une réunion de la Faculté de Lyon dont vous êtes le délégué, et de me faire part de son sentiment sur cette importante question.

Veuillez agréer, etc. A. MOITESSIER.

HOPITAL COCHIN. — M. LE Dr MARCHAND.

Tumeurs fibreuses utérines et grossesse,

Par M. DIÉTERLIN,

Interne des hôpitaux.

La nommée M... (Joséphine), âgée de 33 ans, cuisinière, entre le 4 juin 1881, à l'infirmerie, lit n° 41.

Envoyée à la Maternité de Cochin par un confrère, avec le diagnostic : fibromes utérins, grossesse douteuse.

La malade, d'une bonne santé habituelle, se trouve très inquiétée, depuis quelque temps, par des troubles divers qu'elle attribue à une grossesse commençante. Elle est restée vierge jusqu'à l'âge avancé de 33 ans ; à cette époque de sa vie, et au jour qu'elle peut préciser, le 20 février dernier, elle succomba.

Depuis cette date, ses règles, jusqu'ici fort régulières, n'ont plus reparu, son appétit s'est troublé, ses seins ont grossi, une aréole brune s'est montrée autour du mamelon, une raie de pigment s'est dessinée sur la ligne blanche abdominale, le ventre a grossi un peu. Bref, des signes probables de grossesse se sont manifestés.

En même temps survinrent des douleurs de ventre, tellement vives, que la malade dut se rendre à l'Hôtel-Dieu, où elle resta trois semaines, à l'expiration desquelles on la dirigea sur la Maternité de Cochin, en raison des particularités pleines d'intérêt qui s'ajoutaient à son état de grossesse vraisemblable.

Nous nous trouvons en présence d'une femme vigoureuse, de forte stature ; réglée pour la première fois, à l'âge de 15 ans, elle l'a toujours été régulièrement depuis.

La menstruation fut toujours normale en durée, qualité et quantité.

Pourtant, depuis une dizaine d'années, le retour périodique des règles se complique d'élancements douloureux dans le ventre, surtout à droite, jamais assez intenses, toutefois, pour l'obliger à interrompre ses occupations. Elle croit que, depuis cette époque, son ventre s'est mis à grossir extrêmement. Il n'y eut jamais de métrorrhagies, fait important à noter.

La malade, aujourd'hui débarrassée de ses douleurs, se lève et marche sans fatigue. Son appétit, à part quelques bizarreries, s'est conservé bon ; la miction est normale ; il y a une tendance habituelle à la constipation.

A l'examen du ventre, nous sommes frappés de son développement, hors de proportion avec l'époque présumée de la grossesse, qui ne serait qu'au quatrième mois.

Le palper révèle une tumeur très bosselée, indolente, remontant jusqu'à l'ombilic.

A droite, cette tumeur est large, égale, aplatie, et donne la sensation d'un dos de fœtus; à gauche, au contraire, on sent des masses de moindres dimensions, inégales, un peu mobiles, faisant presque songer aux petits membres.

Toute cette masse occupe presque toute l'aire du détroit supérieur, et plonge dans l'excavation où on la retrouve par le toucher.

Dans le cul-de-sac droit, effacé, presque convexe en bas, est une tumeur énorme, dure et absolument immobile. Le cul-de-sac latéral gauche est moins encombré; pourtant, on y sent quelques gros noyaux durs, refoulés en arrière.

Le col est refoulé à gauche et en avant; son orifice, circulaire, égal, fermé, est ramolli sur une épaisseur de 2 à 3 millimètres.

Le volume de ces tumeurs, leur consistance, leur longue durée, l'absence de retentissement sur la santé générale, toutes ces particularités imposent le diagnostic de fibromes utérins. L'absence de métrorrhagies donne à penser qu'ils se sont développés exclusivement sous le péritoine, et non sous la muqueuse utérine.

Ajoutons qu'à l'auscultation du ventre on entend, à gauche et en bas, un très fort souffle, dû évidemment à la compression que les tumeurs exercent sur les vaisseaux iliaques.

Nous gardons la malade dans le service pour surveiller l'évolution de sa grossesse en face des tumeurs énormes qui semblent devoir fatalement l'entraver.

Un mois après, en août, il nous semble que les fibromes se ramollissent un peu; les signes de grossesse s'accentuent.

Pendant tout ce mois d'août, le ventre augmente progressivement de volume; le ramollissement du col gagne de proche en proche, et bientôt on entend distinctement les battements du cœur fœtal au-dessous de l'ombilic.

La malade perçoit nettement des mouvements actifs: la grossesse est donc certaine.

A chaque fois que nous touchons la malade, les tumeurs nous paraissent beaucoup moins dures; leur consistance s'éloigne de celle des fibromes pour se rapprocher de celle des lipomes.

Enfin ces masses, qui semblaient faire corps avec les parois de l'excavation, se mobilisent d'une façon très manifeste et se laissent repousser vers le détroit supérieur.

Au commencement d'octobre, le ventre a pris un grand développement; il est trop tendu pour qu'on puisse, par le palper, différen-

cier les tumeurs des parties fœtales. Mais, par le toucher, on sent nettement, à gauche, le ballottement céphalique, ce qui nous donne au moins la présentation.

Le cul-de-sac droit est maintenant libre, inhabité.

Les masses fibreuses, très molles, occupent la moitié droite du détroit supérieur, où elles sont mobiles.

1er novembre. Nous sentons distinctement la tête mobile au détroit supérieur ; le foyer des bruits fœtaux est à gauche et en avant, ce qui nous donne une première position du sommet.

L'excavation est libre pour la descente de la tête.

Le ventre, par son développement, ferait volontiers songer à une grossesse double, ou à une hydramnios.

Le 13. La malade accuse quelques crampes de reins ; pourtant elle se lève et se promène dans l'infirmerie. Il n'y a pas d'œdème des jambes, ni albumine dans l'urine.

Ce jour-là, à 5 heures du soir, la poche se rompt inopinément et, aussitôt, les douleurs se rapprochent et deviennent plus vives. Le col est effacé et déjà dilaté comme 50 centimes. La tête qui, deux jours auparavant, était encore dans le grand bassin, est maintenant engagée et fixée dans l'excavation.

A 11 heures du soir, les douleurs deviennent très violentes; la malade très agitée pousse des cris incessants.

A minuit et quart, la dilatation est complète, la rotation achevée.

En raison de l'agitation où la malade se trouve, nous lui faisons respirer à chaque douleur une bouffée de chloroforme, et nous amenons ainsi un apaisement très marqué de ses souffrances.

Enfin, à 1 h. 45 (le 14 novembre), elle expulse naturellement une fille vivante, bien constituée, du poids de 3,400 grammes.

Quelques instants après, une perte se déclare, qui, rapidement devient inquiétante.

Nous sentons le placenta au-dessus du col, où il ne s'engage pas encore. L'utérus a une consistance fort inégale : dur par place, il est mou et inerte en d'autres parties.

Nous attendons 25 minutes; mais la perte ne faisant qu'augmenter, le placenta ne s'engageant pas, nous pratiquons la délivrance artificielle.

Nous trouvons le placenta adhérent intimement à l'utérus sur presque toute son étendue, et c'est avec une réelle difficulté que nous arrivons, en l'isolant avec l'extrémité des doigts, à le séparer, puis à l'extraire.

Pendant que notre main était dans la matrice, nous avons été frappé de la forme irrégulière, anfractueuse, de sa cavité; nous avons senti, à travers la paroi utérine, les tumeurs qui en déformaient les contours.

La malade a perdu beaucoup de sang: nous pesons 1,050 grammes de caillots. Nous pratiquons aussitôt deux injections sous-cutanées d'ergotine et nous procédons à un lavage complet de la cavité utérine du vagin avec la solution phéniquée à 1/2 pour cent.

Les suites des couches furent absolument normales; à aucun moment la température n'atteignit 38°; il n'y eut ni crampes douloureuses, ni fétidité des lochies.

Quatre jours après, nous examinons le ventre. On sent dans le grand bassin les fibromes coiffant l'utérus, indolents, et se durcissant déjà.

La veille de la sortie de la malade, vingt jours après l'accouchement, nous pratiquons le toucher.

Le col est à gauche et en avant, assez ferme, entier, peu mobile. Le cul-de-sac gauche est libre, mais aplati, et refoulé par le col contre la paroi de l'excavation.

Le cul-de-sac droit est de nouveau occupé par les tumeurs, qui ont repris la situation qu'elles occupaient avant la grossesse. Elles sont redevenues dures et immobiles, presque au même degré qu'auparavant.

Au palper abdominal, les masses fibreuses sont senties jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

La malade quitte l'hôpital en excellent état, ne souffrant pas plus de ses tumeurs que si elle ue les portait pas, et disposée à reprendre aussitôt la profession fatigante qu'elle exerce.

Nous ferons remarquer les particularités suivantes, bien dignes d'intérêt, que nous avons relevées au cours de cette observation :

1° Le ramollissement progressif des fibromes, et leur mobilisation qui leur ont permis de vider l'excavation pour faire place au fœtus ;

2° Leur retour dans l'excavation, à leur ancienne situation, aussitôt après l'accouchement ;

3° La facilité de l'expulsion du fœtus ;

4° Les difficultés de la délivrance.

Sur deux petites épidémies de Peste dans le Khorassan.

Par J.-D. Tholozan (1).

C'est un fait à peu près acquis à la Science, que la plupart des pandémies ont débuté par des manifestations d'abord isolées. A ce point de vue, les petites pestes qui se succèdent depuis quelque temps en Orient, à des intervalles de plus en plus rapprochés, doivent, pour le moins, être l'objet d'une observation attentive.

(1) Note communiquée à l'Académie des sciences.

En 1879, on a eu dans le Gouvernement d'Astrakan la peste de Vétlianka, fléau dont on n'a pas pu démontrer l'origine exotique. En 1881, on a observé une épidémie de fièvre bubonique grave en Mésopotamie, la sixième depuis quatorze ans, dans cette région connue de tout temps comme un foyer d'origine puissant des maladies loïmoïdes. Le nord-est de la Perse a été aussi attaqué, dans trois villages, par une de ces petites épidémies dont la contagion, telle qu'on la connaît jusqu'à présent, n'explique pas l'origine. Il m'a semblé digne d'intérêt de rendre compte à l'Académie de ce fait exceptionnel, le Khorassan étant cité de nos jours comme une des régions réfractaires à la peste.

Au commencement du quatrième quart de la route de Téchéran à Méched, à 25 kil. au nord de la ville de Sebzevar, se trouve le canton de Djovein. C'est une spacieuse et fertile vallée de 12 kil. à 15 kil. de large, sur 110 kilom. à 120 kil. de long, située entre deux chaînes de montagnes qui courent de l'ouest à l'est. Son altitude varie de 900 mèt. à 1500 mèt. Djovein, comme le Khorassan en général, est un pays froid l'hiver et tempéré l'été. On y compte 70 villages, habités par 5000 familles, dont quelques-unes à demi nomades. Cette population, assez aisée, est presque entièrement occupée d'agriculture et de l'élevage des moutons. Les centres d'habitation, qu'ils soient situés dans la plaine ou sur le versant des montagnes, ne présentent aucune des conditions généralement reconnues comme favorisant le développement des maladies pestilentielles, et leur état hygiénique n'offre rien qui diffère de celui des autres districts de la province du Khorassan, qui est une des parties les plus saines de la Perse. C'est dans trois villages de cette contrée, à Djouloumbaran en 1878, et à Boudagabad et Kélaté-Arab en 1881, que s'est développée une épidémie dont le début présenta les traits les plus caraatérisés et les plus graves de la peste noire.

Au mois de janvier 1878, le chef du bureau télégraphique de Sebzevar transmit à Téhéran les renseignements suivants : au nord de Sebzevar, au petit village de Djouloumbaran, situé dans les montagnes, au milieu d'un état sanitaire qui ne présentait rien d'exceptionnel, éclata en décembre 1877 une maladie étrange qui, après avoir causé 37 décès sur 300 habitants, disparut en deux semaines. Le mal commençait par la céphalalgie, le point de côté, la toux, puis se montrait une expectoration sanglante, et la mort arrivait du premier au troisième jour, avec conservation complète de l'intelligence jusqu'aux derniers moments. Dans chaque maison où parut la maladie, tout le monde en fut attaqué, il y eut à peine quelques guérisons. Le médecin sanitaire de Sebzevar envoyé, d'après mon conseil, en mission dans cette localité au mois de juin dernier, reconnut que cette épidémie de la fin de 1877 était bien la peste. Des engorge-

ments glandulaires, aux aines et aux aisselles, s'étaient en effet montrés un certain nombre de fois. Les habitants du pays, interrogés sur le fléau qui les avait décimés quatre ans auparavant, dirent que, de mémoire d'homme, ils n'avaient jamais observé chez eux ni au voisinage de maladie analogue. Ils l'appelèrent *douleur de poitrine avec bubon*. Depuis la fin de décembre 1877, date de l'extinction de cette épidémie, jusqu'à ce jour, on n'a observé à Djouloumbaran aucun cas suspect.

Le second fait dont j'ai à parler, et sur lequel des données très précises ont pu être rassemblées, s'est passé dans deux villages voisins l'un de l'autre, situés dans la plaine à 24 kilom. de Djouloumbaran et à 42 kilom. au nord de Sebzevar. La première nouvelle en parvint à Téhéran le 17 mai dernier. Dans plusieurs maisons des deux villages, tous les habitants étaient morts ; les autres s'étaient enfuis dans la campagne et sur les montagnes.

Le premier village atteint, Boudagabad, avait perdu, à cette époque, plus de le moitié de ses habitants ; le second village, Kélaté-Arab, avait perdu 112 habitants sur 1000, et on y comptait seulement sept cas de guérison.

D'abord il s'agit d'une maladie très grave, à localisation pulmonaire, où la mort arrivait en vingt-quatre ou quarante huit heures ; plus tard, les bubons axillaires et inguinaux se montrèrent, soit avec les symptômes pulmonaires, soit seulement avec une fièvre continue pétéchiale, à forme typhique. Aucune affection semblable n'avait été observée, de mémoire d'homme, dans ces deux villages, et aucune contagion venue du dehors n'en expliquait l'origine. Le 25 juin, la maladie avait totalement disparu ; la cessation du mal s'expliquait plutôt par la dispersion des habitants que par l'atténuation du poison morbide lui-même. Le 20 juillet, les habitants de Boudagabab et de Kélaté-Arab n'étaient pas encore rentrés dans leurs foyers ; neuf d'entre eux se trouvaient à Sebzevar.

On apprit d'eux que la maladie avait commencé le 17 avril, sur une jeune fille, avec les symptômes de la pneumonie adynamique grave, et que la mort était survenue après trente-six heures de maladie. Un jour après, le père et l'oncle de cette malade présentèrent les mêmes symptômes et moururent en vingt-quatre heures. Ensuite la maladie se montra dans les maisons voisines, et, à la fin du quatrième jour, il y avait eu trente-cinq cas et trente-quatre décès sur 60 habitants. Cette épidémie, par suite de la dispersion immédiate des habitants frappés de terreur, ne dura que cinq jours à Boudagabad ; sur aucun des habitants de ce village on n'observa de bubons.

La maladie fut transportée de là à Kélaté-Arab le 25 avril, par le médecin qui avait été soigner les malades dont nous venons de

parler ; il était retourné chez lui déjà atteint par la contagion, et il mourut après quarante-huit heures d'une maladie qui présenta tous les symptômes de celle de Boudagabad. Trois jours après la mort du médecin, son neveu, son frère et sa sœur tombèrent malades, et moururent aussi après deux jours de maladie. Le 5 mai, l'épidémie régnait déjà avec iniensité à Kélaté-Arab ; le 10 seulement, les bubons axillaires et inguinaux parurent sur presque tous les malades ; à la fin de l'épidémie, le 25 juin, on compta 240 décès sur 1000 habitants.

Avant l'invasion de cette épidémie, le typhus, ou une fièvre continue analogue s'était montré par des cas bénins dans les localités infectées et aux environs. Cette fièvre continua à régner jusqu'à la fin de juin, avec une intensité variable, dans les villes voisines, Sebzevar, Damghan, Semnan ; aucune fièvre bubonique, grave ou légère, ne fut observée dans ces localités. Aucun des villages situés autour de Djouloumbaran et au voisinage de Boudagabad et de Kélaté-Arab ne fut atteint de peste. Il faut noter, à ce sujet, que les habitants des localités demeurées indemnes ne reçurent pas chez eux les fuyards des localités pestiférées. Toutefois, la population des deux derniers villages infectés, étant assez aisée, possédait des habits et des tapis de laine qui furent dispersés en partie, dit-on, dans les villages voisins, malgré les conseils de prophylaxie restrictive sévère venus de Téhéran.

Les ordres donnés, dès le début, pour la destruction des villages par l'inondation ou par le feu n'ont pu être exécutés que très imparfaitement ; quelques maisons seulement ont pu être brûlées ; on s'est borné à désinfecter, par les moyens les plus simples, un certain nombre d'autres maisons et quelques effets.

Le 25 août, tous les habitants étaient rentrés dans leurs foyers et le 25 novembre aucun symptôme suspect ne s'était montré sur la population. A cette dernière date, il existait encore à Sebzevar et aux environs quelques cas sporadiques de typhus. La peste bovine (typhus contagieux des bêtes à cornes), dont l'invasion dans les environs de Sebzevar avait été de deux mois postérieure à celle de la peste pneumo-bubonique de l'homme, continuait à y sévir avec intensité.

NOUVELLES

Ministère de la marine. — M. Beaussier (Hyacinthe-André-Gustave), médecin de 1re classe de la marine, a été promu au grade de médecin principal (2e tour, choix).

Assistance publique. — *Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves en pharmacie des hôpitaux et hospices* (anuée 1882). — Le mercredi 2 février 1882, à midi précis, il sera ouvert, dons l'amphithéâtre de

l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décernér aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices.

MM. les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de 11 heures à 3 heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 23 janvier, et sera clos le lundi 6 février, à 3 heures.

— M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, vient de recevoir du ministre de l'intérieur des instructions pour faire établir la liste de tous les savants qui sont morts ou qui ont été blessés en exécutant des expériences ou en faisant des recherches dans l'intérêt de la science. Les intentions du gouvernement sont d'accorder une pension nationale aux veuves et aux enfants de ces savants, ou à ceux d'entre eux qui ont été blessés On peut prévoir que la liste demandée sera longue. On y verra figurer les noms de Sivel et de Crocé-Spinelli, les courageux aéronautes dont tout le monde connaît la fin tragique ; on y verra celui de M. Flatters, dont la veuve jouit d'une pension du ministère de la guerre, et quantité d'autres.

Le recensement a Londres. — Les chiffres officiels du dernier recensement étant connus maintenant ou à peu près, il n'est pas sans intérêt d'examiner en la comparant, la situation de la ville de Londres, sous le *rapport* du mouvement de sa population.

Il résulte du dernier dénombrement de cette capitale, que sa population s'élève aujourd'hui à 3,489,528 âmes, dont 1,633,321 du sexe mâle et 1,856,207 du sexe féminin.

Cette population, qui dépasse d'un tiers celle que vient d'accuser le dernier recensement de Paris, trouve son explication dans l'immense étendue qui est donnée aujourd'hui à la capitale de l'Angleterre.

Londres occupe, en effet, une surface de 31,597 hectares, ou près de 316 kilomètres carrés. Les routes et les rues de cette immense cité ont ensemble une longueur d'environ 1,500 milles, et la longueur de ses égouts dépasse aujourd'hui 2,000 milles.

On compte actuellement, sur cette immense surface, 417,956 maisons habitées, contenant en moyenne 7 8/10 personnes par maison. On continue d'ailleurs à bâtir dans toutes les directions et il est à prévoir qu'à la fin de la présente année, Londres possédera près de 420,000 maisons.

— Le *Lyon médical* publie une lettre de M. Jullien, qui rappelle une aventure arrivée dans le service du regretté professeur Valette. C'était pendant la terrible épidémie typhoïde de 1874. Valette avait horreur de la routine ; chacun sait avec quelle verve il faisait annuellement le procès des vieux pansements, et l'on peut dire sans exagération qu'il avait pressenti, sinon deviné, la découverte des doctrines antiseptiques, cette terre promise de la chirurgie qu'il ne devait pas atteindre. Aussi avait-il accepté un des premiers la thérapeutique de Brand, que Frantz Glénard venait de faire connaître et défendait avec le talent d'un véritable écri-

vain et le prosélytisme d'un croyant. Parmi ses malades se trouvait une petite fille de 10 à 12 ans qui, dès le début du traitement, avait montré une grande répugnance pour l'eau froide; mais ses protestations étaient vaines, le thermomètre marquait l'heure des bains, et l'on sait que la mé thode allemande n'est pas précisément accessible aux transactions; se baigner ou mourir, le dilemne est clair; on baignait donc.

Un jour Valette visitant sa petite malade apprend qu'une défervescence brusque s'est produite, et, qu'en conséquence, aucun bain n'a été imposé dans la journée; pourtant le pouls était plus fréquent et l'état général semblait devenir plus alarmant. Le lendemain, même aggravation, et toujours le thermomètre oscillait entre 38° et 36°. Le chirurgien place lui-même l'instrument et reconnait l'exactitude des constatations faites par les parents. Mais notre maître était d'humeur moins longanime que nos confrères anglais, et il eut vite fait d'éventer la supercherie. Que s'était-il donc passé? Peu convaincue sans doute par les statistiques des savants d'Outre-Rhin, la rusée fillette avait pris l'habitude de s'introduire d'avance dans le rectum un petit morceau de glace spécialement destinée au thermomètre. Les aveux obtenus, la méthode reprit ses droits, et l'on peut présumer que la baignoire ne perdit rien pour attendre. L'histoire ajoute que l'enfant guérit.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 13 *au* 19 *janvier* 1881. — Fièvre typhoïde, 20. — Variole, 21. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 50. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 2. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 45. — Phthisie pulmonaire, 194. — Autres tuberculoses, 10. — Autres affections générales, 72.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 84.

Bronchite aiguë, 61. — Pneumonie, 123. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 29; inconnu, 6. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 111; l'appareil circulatoire, 72; l'appareil respiratoire, 101; l'appareil digestif, 46; l'appareil génito-urinaire, 19; la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 14. — Causes non classées, 6. — Nombres absolus de la semaine, 1.179.

Résultats de la semaine précédente : 1.182.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. DOIN, *place de l'Odéon*, 8.

Leçons de clinique thérapeutique professées à l'hôpital Saint Antoine, par le Dr DUJARDIN-BAUMETZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine; recueillies par le Dr CARPENTIER-MÉRICOURT, revues par l'auteur. 2e série, fascicule II : Traitement des maladies du poumon. 1 vol. in-8 de 350 pages, avec figures dans le texte et 2 planches chromolithographiques hors texte. Prix. 7 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A.PARENT, A. Davy, Suc', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I N° 11 JEUDI 26 JANVIER 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste ; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique. 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 11. Jeudi 26 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 25 janvier 1882.

L'Académie fait des loisirs aux journalistes. Il y a quinze jours la séance avait fini à quatre heures moins un quart; hier quatre heures n'avaient pas encore sonné lorsque l'Académie ferma ses portes aux profanes pour entendre, dans le recueillement du comité secret, la lecture d'un important rapport de M. Chatin sur les rares pharmaciens de province qui briguent l'honneur d'être nommés membres correspondants.

Dans cette séance, deux communications ont cependant été faites. Un chirurgien de province depuis longtemps connu, M. Surmay (de Ham), a rapporté un beau cas d'ablation d'un très volumineux enchondrome de la paroi thoracique, enlevé avec succès et non récidivé depuis treize ans; puis M. Hervieux a lu son rapport sur cette précieuse génisse envoyée de Bordeaux par M. Dubreuilh, nouveau messie qui vient régénérer, non pas le monde, mais le vaccin. C'est déjà, paraît-il, une révolution complète : le vieux vaccin disparaît de *la place* et, seul, le vaccin de la Gironde règne en maître dans les établissement bien tenus. A. CH.

HOPITAL BEAUJON. — SERVICE DE M. LE FORT, suppléé par M. BLUM.

Tremblement hystérique d'origine traumatique du membre inférieur droit; élongation du sciatique; guérison.

PAR M. CARAFI

Interne des hôpitaux.

Mlle A... (Alphonsine), âgée de 18 ans, domestique, entre le 4 août 1880, salle Sainte-Clotilde, lit n° 5, dans le service de M. le professeur Le Fort, à l'hôpital Beaujon.

Antécédents. — Elle ignore si sa mère, morte de tuberculose pulmonaire, était hystérique. Elle-même n'a pas eu la chorée dans son enfance, pas de fièvres éruptives, pas de rhumatisme. Réglée à 13 ans, elle a toujours été depuis régulièrement menstruée.

Début. — Les premières manifestations hystériques paraissent remonter à 3 ans. Elle ignore la cause qui a fait éclater son premier accès d'hystérie convulsive. Les attaques étaient assez éloignées pour qu'elle pût vaquer à ses occupations.

Le 13 juillet 1880, chute dans un escalier, ayant déterminé une contusion du genou compliquée d'arthrite. Elle est traitée par l'immobilisation, les douches, le massage et la compression.

Aussitôt après son arrivée à l'hôpital, elle est atteinte d'une aphonie hystérique qui dure quatre mois. Elle a cessé le jour où l'on a soumis la malade à l'anesthésie chloroformique pour lui redresser la jambe.

La malade ignore la date exacte du jour où a commencé le tremblement de son membre inférieur, mais elle affirme que cette manifestation hystérique est postérieure à la disparition de l'aphonie.

Les convulsions étendues à tout le membre droit sont absolument involontaires. L'attention ne paraît exercer aucune influence, ni aggravante, ni favorable.

Le membre abandonné à lui-même est le siège de convulsions rhythmiques assez générales, mais avec prédonimance de la flexion et de l'extension. Elles offrent cependant une plus grande analogie clinique avec le tremblement proprement dit qu'avec les convulsions cloniques, lorsque le membre repose sur le lit. Mais lorsque la malade soulève sa cuisse avec les deux mains ou spontanément, les mouvements gagnent beaucoup en étendue, et se rapprochent alors beaucoup plus des convulsions cloniques que du tremblement.

Les convulsions sont permanentes; elles durent autant que dure l'abandon du membre à lui-même.

Lorsque les mouvements prennent une très grande étendue, les articulations deviennent le siège d'une douleur modérée, et les frottements incessants sur les points par lesquels le membre repose sur le lit, déterminent de la douleur par les altérations qu'ils commencent à provoquer sur les téguments.

La nutrition du membre inférieur est évidemment modifiée; la peau est écailleuse et violacée, surtout au niveau du pied : elle est aussi le siège d'œdème s'étendant au tissu cellullaire sous-cutané et prenant des proportions menaçantes, dès qu'on laisse en place pendant quelques semaines un bandage, même modérément serré.

Les convulsions ne peuvent être arrêtées que par l'application du membre sur le lit. Cette application a besoin d'être faite à l'aide de plusieurs points de pression. Si cette condition n'est pas remplie, le tremblement persiste quoique notablement atténué.

La malade est donc forcée d'avoir son membre dans un appareil inamovible pour voir ses convulsions cesser. Ces appareils ont déterminé à plusieurs reprises au niveau de leurs points de pression, étant donné le mauvais état de nutrition des téguments, de petites eschares linéaires dont elle conserve la cicatrice.

Nous avons déjà dit qu'il était nécessaire de changer souvent ces appareils, car dès que la malade se lève et marche, l'œdème du

membre inférieur prend des proportions menaçantes, des phlyctènes apparaissent et un suintement séreux abondant nécessite de les enlever. On place alors le membre dans une gouttière, l'extrémité terminale beaucoup plus élevée que la cuisse, et ce n'est que très lentement qu'on voit l'œdème diminuer, et les surfaces qui ont été le siège de phlyctènes se recouvrir d'épiderme. Il est bon d'ajouter que si, pendant que le membre est dans la gouttière, il n'était pas fixé dans toute sa longueur, le tremblement persisterait.

Le membre inférieur sous l'influence de ces nombreux appareils, de ces œdèmes artificiels à répétition, et de l'influeuce fâcheuse de l'immobilisation sur les articulations, est un peu déformé. Le pied est dans un état d'équinisme très accentué, et l'orsqu'on essaie de rectifier sa position, on provoque de très vives douleurs. Ajoutons cependant que cette petite manœuvre paraît atténuer, au moins momentanément, le tremblement hystérique.

La malade est hémi-anesthésique du côté droit. Mais l'anesthésie est plus accusée encore au niveau du membre inférieur qu'au niveau du membre supérieur, du tronc, de la face. Anesthésie de la cornée droite.

Le côté gauche est le siège d'une hyperesthésie assez évidente ; la cornée gauche n'est pas insensible.

Le sommeil magnétique a arrêté une fois complètement le tremblement, et on a même pu profiter de ce moment de calme pour lui appliquer un appareil inamovible. Ajoutons toutefois que deux essais ultérieurs ont donné des résultats entièrement douteux. Est-ce parce que la malade n'était pas complètement endormie ?

La pression profonde le long du sciatique détermine une douleur assez intense.

L'état général de la malade est très bon ; elle a le caractère hystérique, elle est très portée aux pleurs. Son caractère est naturellement doux. L'état intellectuel est relativement affaibli.

Réflexions. — Nous voilà donc en présence d'une malade condamnée à garder le lit, dans l'impossibilité de gagner ses moyens de subsistance, quoique atteinte d'une affection n'offrant pas en apparence une très grande gravité. Est-ce que l'espoir de lui rétablir l'usage de son membre en faisant cesser le tremblement par une opération chirurgicale, ayant donné des succès en maintes circonstances, et n'étant jamais suivie d'accidents graves, ne compense pas largement les quelques risques opératoires ; n'est-elle pas en un mot formellement indiquée ?

La seule objection que l'on pourrait faire à l'intervention serait la possibilité de l'apparition d'une autre manifestation hystérique après guérison. Cette objection ne nous paraît pas justifier l'inaction, surtout si l'on considère que l'apparition de nouvelles manifestations n'est pas chose certaine ; et puis, qui nous dit que la manifestation

éventuelle ne vaudrait pas mieux que celle contre laquelle nous professons une intervention?

4 août 1881. Après anesthésie chloroformique, M. Blum pratique l'élongation du sciatique au-dessous du bord inférieur du grand fessier. Il exerce des tractions avec le doigt passé sous le nerf, aussi bien sur l'extrémité supérieure, que sur l'extrémité inférieure de l'anse nerveuse.

Le sciatique a été trouvé facilement; il était le siège d'une division prématurée. Le soir, aucune douleur. Temp. 38°,4.

5 août. Le matin, quelques douleurs au niveau de l'aine droite, 38°,4. Le soir, 39°.

Le 6. Le matin, 38°,2. Les douleurs de l'aine, dues probablement à l'adénite, ont cessé; la réunion de la peau paraît se faire par première intention, soir, 38°.

Le 7, matin. Pansement, on change le drain; celui qu'on place a un calibre beaucoup plus petit, 37°,8.

En retirant la gouttière pour faire le pansement, on constate une amélioration manifeste dans le tremblement hystérique. L'état de la nutrition du membre inférieur est aussi beaucoup plus favorable, car l'œdème du pied qui persistait depuis très longtemps a entièrement disparu.

Le membre inférieur n'a plus la coloration violacée que nous avons signalée avant l'opération.

Le 16. En défaisant le pansement, on constate que la réunion de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané a emprisonné une collection purulente derrière le sciatique. On décolle les lèvres de la plaie avec une sonde cannelée, ce qui permet l'écoulement de deux cuillerées de pus. Les mouvements du membre sont presque entièrement supprimés; il y a, toutes les 5 ou 6 secondes, un léger mouvement d'extension, mais les oscillations convulsives ont entièrement cessé. Pansement compressif.

Le 17. On retire le pansement compressif, et on en fait un au diachylon, avec interposition d'un drain entre les lèvres de la plaie; et nous procédons à l'examen minutieux du membre, qui donne les résultats suivants :

Cessation complète de toute sorte de mouvements; cet état d'immobilité se manifeste aussi bien lorsque le membre est dans la gouttière que lorsqu'il repose sur le plan du lit. Les mouvements du membre, diminués, sont possibles, sans qu'ils soient accompagnés ou suivis de mouvements convulsifs; entre autres mouvements, la malade exécute très bien l'extension du pied sur la jambe.

L'anesthésie de la peau, au contact, s'étend jusqu'au niveau du genou; la sensibilité n'existe, dans le membre inférieur, que sur la face interne de la cuisse; mais en touchant avec deux pointes écar-

tées de 7 centimètres, elle n'a que la sensation d'une seule pointe, tandis que sur la même région du membre opposé, elle sent les deux pointes, lorsque l'écartement est de 2 centimètres 1/2.

La recherche de la sensibilité, dans le membre supérieur droit et la face, démontre qu'elle peut sentir deux pointes séparées lorsqu'elles sont distantes de 6 centimètres sur la face dorsale de l'avant-bras, de même sur la face palmaire; la sensibilité au contact sur la face palmaire de la main est plus accusée : elle sent deux pointes séparément à la distance de 7 mill. sur la face palmaire des doigts.

La sensibilité à la pression existe dans tout le membre inférieur, mais le chatouillement de la plante du pied est senti comme un simple frottement.

Quoique les troubles trophiques se soient notablement améliorés depuis l'opération, on constate encore aujourd'hui des troubles épidermiques sur la face antérieure de la jambe; il n'en existe ni sur la face dorsale du pied, ni sur la face antérieure de la cuisse.

La sensibilité à la température (eau froide) est conservée sur la face dorsale du pied et sur la face interne de la jambe et de la cuisse.

La flexion de la jambe jusqu'à l'angle de 125° ne détermine l'apparition d'aucun mouvement convulsif, nous ne poussons pas plus loin la flexion pour éviter des douleurs au niveau du genou; le malade a pu remettre sa jambe dans l'extension sans que ses contractions volontaires aient été gênées par aucun mouvement morbide.

Nous pouvons considérer la cessation des mouvements convulsifs comme entièrement obtenue. Ne serait-ce le petit accident survenu du côté de la plaie, qui n'a d'autre inconvénient que de retarder la cicatrisation, le résultat aurait réellement dépassé les espérances.

Le 24. La malade se lève et essaie avec des béquilles de faire quelques pas.

Le 30. La marche devient un peu plus facile; la malade commence à pouvoir soutenir le poids du corps sur la jambe opérée.

30 septembre. Les troubles trophiques ont reparu, quoique beaucoup moins accusés, depuis que la malade reste levée presque toute la journée. On lui fait garder le lit pendant quelques jours. La force musculaire a beaucoup augmenté depuis l'opération, mais elle est encore loin d'être égale à celle du membre du côté opposé.

10 octobre. La malade va et vient toute la journée dans la salle, en s'appuyant toujours sur ses deux béquilles. Elle part quelques jours après pour le Vésinet.

9 novembre. La malade a écrit qu'elle peut maintenant marcher à l'aide d'une seule béquille. Quant au tremblement, il n'a pas reparu.

L'opérée nous a promis de venir dans la salle, après sa sortie du Vésinet, pour que nous puissions constater les effets définitifs de l'opération.

Le 30. La marche est possible sans canne ni béquille, quoique la malade boite. La sensibilité a reparu sur la face dorsale du pied; ailleurs elle s'est peu modifiée.

Réflexions. — 30 novembre. Lorsqu'on considère l'état d'infirmité de la malade avant l'opération, on ne peut contester l'utilité de celle-ci. On regrette cependant que l'intervention n'ait pas été faite plutôt, alors que de nombreux appareils et une immobilisation de plusieurs mois n'avaient pas encore altéré profondément la mobilité du membre.

L'élongation du sciatique a supprimé très vite et définitivement les convulsions, sans que la mobilité ou la sensibilité aient subi la moindre diminution; bien au contraire, la malade a plus de force dans sa jambe et elle se sent mieux qu'avant l'opération.

29 décembre. L'opérée est entièrement guérie, la marche est régulière et facile, pas la moindre trace de boiterie.

La sensibilité est revenue presque dans tout le membre inférieur, et dans tout le côté droit. Un bas élastique combat avec succès ce qui reste encore de troubles trophiques, c'est-à-dire une certaine tendance à l'œdème de la jambe opérée après la station debout très prolongée. M. Tillaux a vu l'opérée complètement guérie ; ajoutons que M. Tillaux l'avait examinée avant l'opération et avait assisté à celle-ci.

Réflexions. — Nous avons attendu quelques mois après l'opération, avant de communiquer cette observation, parce que nous avions espoir dans le succès opératoire et définitif. Heureusement, notre attente n'a pas été vaine.

Nous pouvons dire aujourd'hui qu'un nouvel horizon s'ouvre devant l'opération de l'élongation des nerfs. Le brillant succès obtenu par M. Blum est trop encourageant pour que sa conduite ne soit pas imitée à l'avenir par les chirurgiens.

Les affections douloureuses ne sont donc pas les seules contre lesquelles l'élongation constitue un moyen héroïque; les affections convulsives sont aussi heureusement combattues par la même opération.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sur un nouveau procédé opératoire des nævi sous-cutanés. — Le Dr *Carey Combs* (*Lancet*, août 1881, p. 374) pense que pour enlever les nævi par le galvano-cautère, il faut passer dans la tumeur deux fils d'argent parallèles l'un à l'autre et séparés par une distance

d'un quart de pouce. Si chaque fil, pris séparément, est mis en relation avec une batterie particulière, il se produit une grande chaleur pendant la seconde ou les deux secondes que dure le contact ; les extrémités des deux fils sont alors réunies et laissées en place, prêtes pour une nouvelle application que l'on fera au bout de quelques jours. En agissant de la sorte, on cause une douleur moindre que si l'on replaçait les aiguilles à chaque nouvelle opération, et il suffit d'un seul élément (élément de Grove, de Bunsen ou au bichromate de potasse), la seule résistance à vaincre étant celle d'un petit fil d'argent. Dans un cas grave, où un gros nævi remplissait la fosse nasale gauche d'un enfant de 9 mois, trois applications suffirent pour amener une guérison parfaite.

ÉTIOLOGIE DE LA TUBERCULOSE MILIAIRE. — Le Dr *E. Klein* rappelle dans *The Practitioner* (août 1881) les preuves que les récentes découvertes en pathologie fournissent à l'appui de cette idée, que la tuberculose miliaire est une maladie spécifique et infectieuse. Ces preuves peuvent être réunies en trois groupes.

1° La tuberculose miliaire est évidemment contagieuse de l'homme à l'homme. (*a*) La maladie peut être héréditaire ; bien que ce ne soit pas là un caractère distinctif des maladies infectieuses, puisqu'il se retrouve dans d'autres états morbides bien différents, comme le cancer ou la goutte, cependant, lorsqu'il est combiné à d'autres signes montrant une maladie spécifique, il prend une certaine valeur au moins indirecte, surtout lorsque l'on considère l'hérédité dans une maladie notoirement infectieuse comme la syphilis. Si l'on admet le caractère spécifique et infectieux de la tuberculose miliaire, alors la délicatesse spéciale et la vulnérabilité des tissus n'offrent plus qu'une importance accidentelle et secondaire, le virus de la tuberculose étant le point primitif et essentiel. On ne sait rien de certain quant à la période d'incubation de la tuberculose.

(*b*) La maladie peut être contractée de différentes manières. Elle peut se communiquer du mari à la femme ou *vice versa* ; il existe des exemples de ce genre. Elle peut se communiquer des malades à ceux qui les soignent, ou *vice versa* (voir le volume XI du *Glasgow med. Journ.*, p. 168). Cohnheim pense que le virus pénètre le plus souvent dans l'organisme par les voies aériennes, produisant de la tuberculose pulmonaire ou laryngée ; de là elle s'étend aux ganglions bronchiques et à toute l'économie. D'autre fois le virus peut pénétrer par le tube digestif, avalé soit avec les aliments, soit avec les crachats tuberculeux ; de là il s'étend aux ganglions mésentériques, au péritoine, etc. Il peut attaquer les voies génito-urinaires, ou bien pénétrer par le méat supérieur des fosses nasales et la lame criblée de l'ethmoïde jusque dans la pie-mère.

2° Il est certain que la tuberculose est contagieuse de l'homme à l'animal et de l'animal à l'animal ; cela résulte de plusieurs séries

d'expériences d'inoculation. Chez le lapin et le cobaye toutefois, la tuberculose disséminée se montre aussi bien que l'on ait inoculé de la matière tuberculeuse ou non tuberculeuse, pourvu que l'on provoque de l'inflammation avec des produits caséeux; chez d'autres animaux, chez lesquels l'inoculation ne provoque pas d'inflammation avec produits caséeux, il n'en résulte pas de tuberculose disséminée. Dans les expériences de Cohnheim et de Salomonsen, un fragment de tissu tuberculeux très frais provenant d'un homme fut introduit dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin ou d'un cobaye; au bout de peu de temps l'inflammation d'abord provoquée par le traumatisme disparut, le morceau de tissu tuberculeux diminua graduellement de volume et finit par disparaître. Après une période d'incubation de trois semaines, de petits tubercules gris apparurent brusquement sur l'iris, augmentèrent de volume et subirent la dégénérescence caséeuse (1). Ce résultat n'a pu être obtenu qu'après l'inoculation de matière réellement tuberculeuse. Cette expérience formait en même temps un moyen de distinguer la matière réellement tuberculeuse des autres produits caséeux et inflammatoires chroniques, par exemple de ceux de la scrofule; la tuberculose de l'iris chez le lapin et le cobaye est produite par l'inoculation du tubercule humain et non de toute autre manière. Les expériences d'inoculation de Tappeiner et de Bertheau donnent des résultats analogues; la matière tuberculeuse seule produit la tuberculose. On a rapporté de même plusieurs observations de transmission de tuberculose par la nourriture.

3° Quant aux preuves tirées de la nature de la matière morbifique, cette idée que la tuberculose miliaire est due à l'absorption de matières provenant de foyers caséeux ne repose que sur les expériences d'inoculation faites chez les lapins, chez lesquels la matière tuberculeuse ou non tuberculeuse donne les mêmes résultats. Mais la production de tubercules miliaires sur l'iris avec généralisation consécutive de la tuberculose chez les lapins prouve que l'on peut employer de véritables tubercules gris ou caséeux. Il en résulte que la matière morbifique réside dans le tubercule gris et qu'elle n'existe pas dans tous les produits caséeux mais seulement dans ceux qui dérivent de tubercules vrais.

En ce qui concerne la tuberculose bovine, on a montré que le virus existait également dans le sang, le lait, les muscles et dans les autres humeurs ou tissus, mais il n'est pas encore prouvé qu'il en soit ainsi pour la tuberculose humaine. On sait que le pus des tubercules humains contient de petits micrococcus, que l'on n'obtient rien

(1) Ces expériences ont été reproduites tout récemment à l'Hôtel-Dieu dans le laboratoire de M. le professeur Panas.

en inoculant la sérosité du pus tuberculeux préalablement débarrassé de ses éléments solides ; que l'inoculation de ces éléments donne les résultats habituels, enfin que l'humeur aqueuse d'un œil affecté de tuberculose de l'iris ne devient un liquide d'inoculation efficace que lorsque ces tubercules ont commencé à subir la dégénérescence caséeuse.

A. CH.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier 1882. — Présidence de M. GAVARRET.

CHONDROME TRÈS VOLUMINEUX DE LA PAROI THORACIQUE ANTÉRIEURE PÉNÉTRANT DANS LE MÉDIASTIN JUSQU'AU PÉRICARDE. ABLATION. GUÉRISON SANS RÉCIDIVE APRÈS PLUS DE TREIZE ANS ÉCOULÉS. — *M. Surmay* (de Ham). La tumeur, dont l'origine remontait à quatorze ans, était un peu plus grosse que la tête d'un enfant nouveau-né. Elle était appliquée sur le cinquième espace intercostal droit, près du bord correspondant du sternum. On pouvait imprimer quelques mouvements extrêmement limités à la partie de la tumeur saillante sur la base, mais cette base elle-même restait immobile. La forme en était globuleuse et mamelonnée ; la base, plus large que le sommet, recouvrait la cinquième et la sixième côte. La consistance était généralement celle du cartilage et même de l'os sur certains endroits. La peau glissait librement sur toute l'étendue de la tumeur ; elle avait sa couleur et son épaisseur normales, excepté sur le sommet où elle était, par places, très amincie, rouge et même quelque peu excoriée. L'opération fut faite le 14 décembre 1868. Incision cruciale, dissection des lambeaux cutanés. La plus grande partie de la base de la tumeur fut facilement détachée de la paroi thoracique. Mais, arrivé à l'espace intercostal, il fallut couper dans la substance même de la masse. On vit alors qu'elle pénétrait dans l'espace intercostal, qu'elle remplissait entièrement, dans une étendue de 7 à 8 centimètres, à partir du sternum. Il fallut creuser l'espace intercostal et on s'arrêta à une profondeur qui dépassait de 3 centimètres la face profonde des côtes, laissant ainsi une excavation de 7 centimètres de longueur et d'une profondeur de 5 à 6 centimètres, dont le fond était encore formé de parties morbides. Réunion par suture entortillée du lambeau cutané, en laissant une ouverture suffisante vis-à-vis de l'excavation qui fut remplie avec de la charpie.

Pendant les trois semaines qui suivirent l'opération, on retira chaque jour des débris de tissu morbide, tantôt mortifiés, tantôt vivants et saignants. Au bout de ce temps, l'excavation avait atteint 10 centimètres de profondeur à partir de la peau et, un matin, on vit le pus

qui la remplissait repoussé en dehors par des pulsations isochrones aux battements du cœur. Le doigt, introduit jusqu'au fond de la plaie, touchait le cœur qui le repoussait à chaque systole. Le néoplasme avait donc entièrement envahi l'espace intercostal, puis il avait repoussé la plèvre et pénétré dans le médiastin antérieur jusqu'au péricarde.

L'excavation, débarrassée du reste du tissu morbide, se combla, la guérison fut complète et, aujourd'hui, après plus de treize ans, il n'y a pas eu de récidive. (Comm.: MM. Gosselin, Alph. Guérin.)

Vaccin de la Gironde. — *M. Hervieux* rend compte des expériences faites avec le vaccin de la génisse envoyée à l'Académie par M. Dubreuilh (de Bordeaux). Ce rapport se termine par les conclusions suivantes :

1° La génisse adressée à l'Académie par M. Dubreuilh, de Bordeaux, portait au voisinage des trayons une trentaine de pustules qui offraient, au quatrième et au cinquième jour de leur développement, les caractères de la vaccine légitime.

2° La matière extraite de ces pustules, soit par piqûre avec une lancette, soit par expression avec des pinces, et inoculée soit à des génisses, soit à des enfants, a donné lieu à une pustulation complètement identique à celle de la vaccine normale.

3° Sauf un très petit nombre d'exceptions, les inoculations ont produit autant de résultats positifs qu'il y a eu d'enfants vaccinés, et, à peu de choses près, que de piqûres.

4° La transplantation du vaccin de la génisse de Bordeaux sur les génisses achetées par nous a été suivie d'un succès complet, puisque nous avons eu sur chacune d'elles, autant de pustules réussies que d'incisions.

5° Nous avons pu ainsi substituer complètement le vaccin de la Gironde à notre vaccin officiel, aussi bien pour les séries de nos mardis que pour celles de nos samedis.

6° L'étable de M. Chambon, qui dessert tous les hôpitaux de Paris, a pu également renouveler son vaccin animal et favoriser ainsi la propagation dans notre cité du vaccin de la Gironde.

7° En raison de ces faits, le vaccin de la Gironde mérite d'être classé parmi les plus renommés (le vaccin de 1836, dit de Passy, et le vaccin de 1866, dit de Beaugency).

M. Bouley demande à M. Hervieux s'il attache à l'expression de cow-pox spontané l'idée d'une spontanéité véritable.

M. Hervieux ignore si la vache qui a fourni le cow-pox a été en contact avec des chevaux atteints d'eaux aux jambes.

M. Leblanc. M. Dubreuilh s'est assuré qu'il n'y avait pas de chevaux atteints de horse-pox dans le même village.

M. Bouley. Il serait facile d'avoir à volonté du cow-pox au moyen du horse-pox, maladie commune.

M. Hervieux. En effet, les inoculations obtenues au moyen du cow-pox provenant du horse-pox sont exactement semblables à celles données par le vaccin de la Gironde.

A 4 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Chatin sur les candidats au titre de membre correspondant national dans la quatrième division.

NOUVELLES

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Un concours spécial pour la nomination à quatre place d'accoucheur des hôpitaux de Paris,* s'ouvrira le lundi 27 mars 1882, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 25 février 1882, et sera clos définitivement le samedi 11 mars, à trois heures.

Conditions du concours. — Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture de ce concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.

Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close.

Cinq jours après la clôture des listes d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'administration, pour connaître la composition du jury.

Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations.

Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

Le jury des concours pour la nomination aux places d'accoucheur des hôpitaux se compose de deux médecins des hôpitaux en exercice ou honoraires, de deux chirurgiens des hôpitaux en exercice ou honoraires, et de trois chirurgiens ayant dirigé dans les hôpitaux un service spécial d'accouchement ; en tout sept membres.

Les épreuves du concours pour les places d'accoucheur des hôpitaux sont réglées de la manière suivante :

Epreuves d'admissibilité. — 1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie : il est accordé trois heures pour cette compo-

sition ; 2° une épreuve clinique sur une femme enceinte, ou en travail ou récemment accouchée ; il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen de la malade et quinze minutes pour la dissertation devant le jury, après cinq minutes de réflexion ; 3° une leçon théorique sur un sujet d'accouchement, de vingt minutes de durée après vingt minutes de préparation ; 4° deux opérations sur le cadavre.

Epreuves définitives. — 1° Une consultation écrite sur une femme atteinte d'une affection chirurgicale, ou sur un enfant nouveau-né. Chaque candidat aura dix minutes pour l'examen et quarante-cinq minutes pour la rédaction ; 2° une épreuve clinique orale sur deux femmes enceintes, en travail, ou récemment accouchées ; il sera accordé à chaque candidat vingt minutes dont il pourra disposer à son gré pour l'examen de ces deux malades, et trente minutes pour la dissertation.

Le maximum des points à distribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite, 20 points ; pour l'épreuve clinique, 20 ; pour l'épreuve théorique, 20 ; pour les deux opérations sur le cadavre, 20.

Epreuves écrites. — Pour la consultation écrite, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 30.

Les épreuves de la 1re série sont communes à tous les concurrents.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats inscrits pour les concours aux places d'accoucheur des hôpitaux dépassera vingt-quatre, chacune des épreuves de la 1re série sera éliminatoire. A la suite de la première épreuve, les candidats ayant obtenu le moins grand nombre de points seront éliminés jusqu'à concurrence du quart du nombre total. A la suite de la deuxième épreuve, une élimination semblable aura lieu jusqu'à concurrence du quart des concurrents restants. La troisième épreuve fixera le nombre réglementaire des candidats qui prendront part aux épreuves définitives.

Dans les deux premières épreuves, le jury aura la faculté d'étendre l'élimination à un plus grand nombre de candidats.

Les épreuves de la 2e série sont subies seulement par les candidats qui ont été déclarés inadmissibles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle vient de composer son bureau pour 1882 de la manière suivante : président d'honneur, M. Bouchardat ; président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Durand-Claye, Henry Liouville, Vallin et Vidal ; secrétaire général, M. Napias ; secrétaire général adjoint, M. A.-J. Martin ; trésorier, M. Thévenot ; archiviste bibliothécaire, M. Marchal ; secrétaires, MM. Kéraval, Picqué, Gaston Trélat et Vibert. — La Société tient ses séances publiques le quatrième mercredi de chaque mois, 3, rue de l'Abbaye, à huit heures et demie du soir.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, suc', imp. de la Faculté de médecine r. M.-le-Prince 31

EPILEPSIE, HYSTERIE, NEVROSES
ET MALADIES DU CERVEAU

Le **Sirop de Henry Mure**, au BROMURE DE POTASSIUM, dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques (*Système nerveux, cerveau et moelle épinière*).

Chaque cuillerée du **Sirop de Henry Mure** contient 2 grammes de BROMURE DE POTASSIUM d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 FRANCS

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.
Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN du Docteur VIVIEN
A L'
EXTRAIT PUR de FOIE de MORUE

MÉDAILLES D'OR ET D'ARGENT
MENTIONS HONORABLES A DIVERSES EXPOSITIONS

L'**Extrait de Foie de Morue** possède, en plus grande quantité que l'huile, les mêmes principes actifs et médicamenteux.

Le **Vin du Dr Vivien**, à l'Extrait de Foie de Morue, tonique par excellence, d'un goût et d'une saveur agréables, est employé avec succès dans toutes les maladies où l'huile est prescrite, il est spécial aux enfants qui l'acceptent avec plaisir et sans aucun dégoût.

Le **Vin du Dr Vivien** est d'une efficacité bien supérieure à celle de l'huile.

Une cuillerée de ce vin équivaut à plusieurs cuillerées de la meilleure huile.

Eviter avec soin les contrefaçons et falsifications

Exiger autour du goulot de chaque bouteille, la signature en deux couleurs : *L. Vivien*

Le Dr VIVIEN est l'inventeur du Vin d'Extrait de Foie de Morue

Vente en Gros : J. BATARD MORINEAU & Cie, Droguistes, 50, boul^d de Strasbourg, 50, PARIS

Détail : Pharmacie, 65, boul^d de Strasbourg, Paris et les principales pharmacies de France

PRIX : 3 fr. 50 LA BOUTEILLE

PANSEMENT ANTISEPTIQUE **Méthode LISTER**

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.





VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I N° 12 SAMEDI 28 JANVIER 1882.

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 12. Samedi 28 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

ASILE SAINTE-ANNE. — M. LE PROFESSEUR B. BALL.

De la folie religieuse.

Leçon recueillie par M. Amand CHEVALLEREAU.

Messieurs, depuis longtemps, je me suis proposé de traiter devant vous la question des délires partiels, qui manque au programme de nos leçons et qui présente cependant, soit au point de vue doctrinal, soit au point de vue clinique et pratique, une importance de premier ordre.

Il est encore aujourd'hui, parmi les grands héritiers de l'école française, des aliénistes éminents restés fidèles à la doctrine d'Esquirol, et qui admettent l'existence des monomanies.

Ils demeurent convaincus qu'un seul genre de conceptions délirantes, une seule espèce d'impulsions pathologiques peut envahir la scène intellectuelle sans porter préjudice, pendant un temps assez long du moins, à l'équilibre des autres facultés. Cette opinion, nous devons en parler avec respect, car c'est l'opinion de nos anciens, c'est l'opinion de nos pères, c'est l'opinion de nos maîtres.

Et cependant, l'axe intellectuel de la génération présente s'est entièrement déplacé à cet égard. Falret père, un des premiers, s'est élevé avec une énergie soutenue contre la doctrine de la monomanie : presque isolé à son époque, considéré surtout comme un logicien avide de controverse et s'attachant à des questions de mots, Falret a vu ses idées triompher graduellement, même pendant sa vie, et aujourd'hui son triomphe est bien complet.

On reconnaît, en effet, qu'il existe chez les aliénés un trouble général des facultés intellectuelles et morales, une perturbation d'ensemble des fonctions cérébrales ; on reconnaît que longtemps avant de présenter un affaiblissement de la mémoire ou du raisonnement, plus d'un aliéné présente une perversion totale des sentiments, des affections et des instincts ; et plus on marche dans cette voie, plus on s'attache à cette analyse, plus on approfondit le problème, plus on demeure convaincu que les manifestations psychologiques de la folie constituent un ensemble dont on ne saurait logiquement démembrer les parties.

Il n'en est pas moins vrai que, dans certaines formes de délire, les aberrations mentales se groupent autour d'un centre commun et constituent une prédominance en faveur de certaines idées, de certaines tendances, qui semblent absorber pour ainsi dire tout ce qui

les entoure et imposent une sorte de conscription forcée à toutes les facultés de l'individu. Le délire ambitieux, le délire des persécutions dans l'ordre des conceptions délirantes, la folie homicide, dans l'ordre des impulsions irrésistibles, nous offrent des exemples classiques de ce qu'on nomme aujourd'hui des délires partiels.

Et si j'ai choisi la folie religieuse pour sujet de cette conférence, c'est d'abord parce que cette forme de vésanie offre un type accompli de délire partiel; c'est ensuite parce qu'elle est bien plus fréquente qu'on ne le pense en général. En effet, dans les livres classiques, dans les mémoires qui se publient tous les jours, on voit se produire une assertion que je regarde comme erronée. On dit que la folie religieuse est en décroissance, qu'elle n'est plus de notre siècle; qu'aujourd'hui les soucis matériels, les agitations de la politique ont détourné les intelligences de cette voie et leur ont tracé un sillon tout nouveau.

Messieurs, si les formes extérieures de la société peuvent changer, la nature de l'homme ne change jamais; il y aura toujours des religions, parce que le sentiment religieux est un élément primordial de l'esprit humain. Sans doute on ne voit point aujourd'hui, comme au temps des croisades, un peuple tout entier partir flamberge au vent pour aller pourfendre les infidèles. Mais je suis porté à croire que, même au temps où l'exaltation religieuse présentait la plus vive intensité, la masse de la population était assez indifférente : le peuple en général partage assez volontiers l'opinion des Chinois, pour lesquels la religion est certainement une chose excellente, mais le commerce vaut encore mieux.

Or, s'il est un fait démontré par l'histoire, c'est que les idées religieuses acquièrent une prédominance marquée aux époques d'agitation, de luttes, et de réformes. C'est surtout au moment où les religions se fondent et s'écroulent, que s'exaltent certains esprits, qui sont en assez grand nombre pour fournir un affluent considérable au fleuve de l'aliénation mentale. — Nous sommes dans un de ces moments, et sans vouloir me livrer à des énumérations stériles, je dirai que la pratique de tous les jours nous amène des fous dont les uns sont des religieux exaltés, les autres au contraire des victimes des terreurs mystiques; les uns et les autres appartiennent à la classe des monomanes ou plutôt des délirants partiels.

Nous possédons actuellement une assez belle collection de ces malades.

Pour le moment, il en est deux dont je me propose de vous parler parce qu'ils représentent deux types cliniques opposés, et qui méritent d'être soigneusement distingués l'un de l'autre.

Le premier, que je vous ai présenté déjà il y a quelques semaines, est un homme d'une cinquantaine d'années, d'une taille assez élevée,

d'une figure douce et d'une physionomie intelligente. C'est un ecclésiastique ; il fut ordonné prêtre à l'âge de 25 ans, et pendant quelques années il exerça les fonctions sacerdotales. Mais, dès cette époque, une santé débile, de l'anémie, des palpitations de cœur, le forcèrent de négliger d'abord, puis bientôt d'abandonner son ministère.

A 30 ans, il fut pris d'une sciatique violente, qui le força de quitter l'état ecclésiastique. J'insiste sur ce fait ; la sciatique, maladie généralement très peu grave, peut être souvent la cause d'un dérangement profond de l'équilibre intellectuel.

Ainsi donc, peu après l'âge de 30 ans, notre homme était à la mer, il avait cessé d'exercer ses fonctions pastorales: c'était un déclassé; cependant, fils de cultivateurs aisés, il n'était pas sans ressources et la misère ne paraît avoir joué aucun rôle dans son existence pathologique ; il semble n'avoir jamais manqué des conditions nécessaires à la vie matérielle. Mais il nous dit que, depuis 1870, il entend des voix. Il est important de noter ce fait, d'une manière habituelle, si les fous religieux sont hallucinés, c'est par l'organe de la vue que commencent les troubles sensoriels. Il semble évident que chez notre curé ce sont les hallucinations de l'ouïe qui ont commencé d'abord ; les voix qui lui parlaient, lui paraissaient être produites par l'électricité, il se figurait qu'on se servait de la physique pour le tourmenter. Cet état dura pendant trois ans pendant lesquels Dieu l'éprouvait, dit-il, par l'électricité, ce qui lui donnait parfois des idées contraires au sixième commandement.

Enfin, Dieu lui apprit que c'était bien sa voix divine qui s'adressait aux hommes par son intermédiaire. Depuis de longues années, il est l'agent de Dieu, il est son écrivain, il écrit sous sa dictée. C'est, comme vous le voyez, la théorie de l'inspiration littérale. Plus tard, les hallucinations de la vue ont commencé, des apparitions célestes se sont montrées et il a vu l'Enfant-Jésus dans un bouquet de fleurs. Une révélation divine lui apprit qu'il était ordonné évêque et qu'il devait porter sur la poitrine une croix d'évêque. A partir de ce moment, il est allé promener ses divagations dans les foires et les réunions publiques et, poussé par cette manie commune à un si grand nombre d'aliénés, il a commencé une volumineuse correspondance. Il a écrit à l'évêque de Cahors, au pape, au maréchal de Mac-Mahon, aux 363. Comme vous le voyez, il prenait ses mesures pour être en bons termes avec tous les partis.

Son but, dit-il, est de fonder la théocratie universelle. Dieu seul doit régner sur terre à la place de tous les rois. Pour atteindre ce but, le gouvernement français doit créer une chancellerie divine et, naturellement, c'est le malade lui-même qui occupera le poste de chancelier divin. Il lui sera alloué 20,000 fr. d'appointements. Ce

chiffre est toujours écrit de la manière suivante : *vin* mille francs, parce que la France, éprouvée par le phylloxera, ne produira plus de vin jusqu'au moment où les ordres de Dieu auront été exécutés. On doit lui allouer, en outre, un tiers du traitement du ministre des affaires étrangères ; on lui remettra une somme de 30,000 fr., une fois payés, pour construire dans son pays natal un château qui sera le siège de la chancellerie divine. On doit enfin lui payer quatre ans d'arrérages de ses appointements. Ces conditions une fois remplies, on verra régner la paix universelle, la France jouira d'une prospérité extraordinaire et la papauté sera replacée à son rang légitime.

Mais, dans ces derniers temps, l'inspiration divine lui apprend qu'il est temps de passer des paroles aux actes. Il part donc pour Paris, se rend à l'Elysée et demande à entretenir le président de la République de ses projets. Arrêté et conduit à Sainte-Anne, il accepte avec résignation cette nouvelle tribulation que la Providence lui envoie pour éprouver sa foi.

Messieurs, vous le savez, les écrits des aliénés n'ont pas moins d'importance que leurs discours. Les manuscrits volumineux que je vous présente sont ornés d'une calligraphie toute spéciale. Lorsque notre malade écrit le nom de Dieu, il se sert de lettres capitales d'une hauteur extraordinaire ; il met trois points sur les *i*, trois barres sur les *t*, en l'honneur de la Sainte-Trinité. Ses ratures, car il en fait, sont d'énormes carrés d'encre. Mais, ce qui est le plus remarquable, c'est la formule sacramentelle par laquelle il commence tous ses écrits.

« Dieu, dont la voix parlante et l'adorable petit bruit sont, à toute oreille humaine *gauche*, comme une garde divine, dit les paroles suivantes. »

On le voit, d'après sa propre confession, notre malade est un halluciné unilatéral. Il le dit fort bien, c'est uniquement à gauche que Dieu lui parle. Jamais il n'entend la voix divine du côté droit.

A côté de ce malade, atteint d'une véritable monomanie religieuse, nous placerons ce jeune employé de 26 ans que nous vous avons présenté il y a quelques jours. Ce sujet, bien portant jusqu'à ces temps derniers, était resté vierge de toute idée mystique. Il était croyant, d'après son père, mais ne pratiquait pas. Depuis cinq semaines, il paraissait étrange, et ses habitudes, jusque-là parfaitement régulières, s'étaient dérangées. Le dimanche qui a précédé son arrestation, il se rendit à son bureau pour travailler, croyant être au samedi. C'est là, messieurs, un fait déjà fort grave, car il faut être déjà gravement malade pour perdre ainsi la notion des jours. Le lundi suivant, il commit au bureau une foule d'extravagances, invita ses collègues à se rendre avec lui à Saint-Vincent de Paul et donna un autre rendez-vous à Notre-Dame, pour le lendemain, à 7 heures du matin. Il ren-

tra chez lui à minuit, sans pouvoir donner aucune explication sur cette rentrée tardive. Le lendemain mardi, il fut arrêté à Notre-Dame et conduit à la Préfecture. Il voulait établir son domicile sous le maître-autel, il se livrait à des génuflexions; à des prosternations, et baisait la terre. Il avait des hallucinations prononcées de l'ouïe, Dieu l'inspirait, il entendait ses ordres, il chantait, par ordre divin, des chansons qui n'étaient point toujours édifiantes. Enfin, depuis son entrée dans le service, il obéit à toutes les injonctions qui lui sont faites au nom de Dieu.

C'est à dessein, messieurs, que j'ai rapproché les deux malades dont je viens de vous rappeler l'histoire. Le prêtre est un vrai type de délire partiel, c'est un véritable cas de folie religieuse. Le jeune employé, au contraire, est un excité maniaque chez qui les idées mystiques ont momentanément pris le dessus et constituent pour ainsi dire le masque de son délire. Mais il ne faut point confondre cette perturbation générale de l'esprit avec le délire partiel dont je viens de vous présenter un si remarquable exemple ; et ce n'est point là une simple question de mots ; il s'agit d'un diagnostic de la plus haute importance, au point de vue pratique. En effet, le jeune maniaque guérira certainement, il est entré déjà en convalescence. Le prêtre, au contraire, est atteint d'un délire essentiellement chronique et incurable, qui se terminera certainement par la démence.

Occupons-nous maintenant, messieurs, de cette maladie mentale dont je viens de vous présenter un type. Etudions ensemble la marche, l'évolution et les caractères essentiels de la folie religieuse.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Deux cas d'empoisonnement par l'acide boracique.—Ces deux cas sont rapportés par le Dr S. E. Molodénkow, de Moscou, dans Wratsch, n° 31, 1881. — Le premier malade avait 25 ans et souffrait depuis trois semaines d'une affection pleurétique. La paracentèse fut faite sans chloroforme, et la cavité pleurétique lavée avec une solution à cinq pour cent d'acide boracique. Le lavage de la cavité dura une heure et employa trente livres de la solution, une partie étant laissée dans la cavité. Une légère sensation d'amélioration suivit immédiatement l'opération, mais elle fut bientôt suivie de nausées et de vomissements opiniâtres. Le jour suivant, les vomissements continuèrent, le pouls était petit et fréquent, le malade extrêmement faible et souffrant de hoquets. Vers le soir, un érythème apparut sur la face. Le 3e jour, l'éruption s'étendit au cou, à la poitrine et à l'abdomen ; la figure et surtout les paupières étaient gonflées ; les vomis-

sements, le hoquet et la dépression générale persistaient ; le pouls était à peine sensible, mais le malade avait toute sa connaissance. Le quatrième jour, l'érythème s'était étendu à la cuisse, pendant que sur la face et la gorge apparaissaient de petites vésicules. Le pouls était encore presque imperceptible, les vomissements continuaient, la vue du malade s'obcurcissait, mais sa connaissance était encore intacte. La mort eut lieu vers la fin du quatrième jour. Il n'y eut pas d'autopsie.

Le deuxième malade était âgé de 16 ans et souffrait d'un large abcès lombaire, qui fut ouvert et lavé comme dans le premier cas, avec une solution semblable et pendant le même laps de temps. Les mêmes symptômes furent observés et la mort survint le troisième jour.

A l'autopsie, on trouva que la première et la seconde vertèbres lombaires étaient profondément atteintes de carie, tandis que le pus avait fusé le long du psoas du côté droit.

Rien d'anormal, sauf quelques légères extravasations de sang dans le péricarde, à la surface antérieure de l'oreillette gauche et du ventricule. Les symptômes de l'empoisonnement par l'acide boracique peuvent se résumer ainsi : vomissements constants, hoquets, érythème commençant sur la figure ; une légère élévation temporaire de la température et une diminution dans la contractilité du cœur jusqu'à la paralysie complète.

Comme contre-poison, l'auteur propose l'emploi de la morphine et des stimulants.

Ablation des hémorrhoïdes internes. — Dans le *British. med. Journal*, *M. W. M. Coates* décrit un nouveau procédé pour enlever les hémorrhoïdes internes. Un clamp construit pour cet objet embrasse sur l'un des côtés la plus grande partie possible des hémorrhoïdes et les maintient solidement fixées. On passe alors au-dessous du clamp et à des intervalles d'un huitième de pouce, des aiguilles armées de fils de catgut phéniqués, très fins.

A mesure que chaque fil est passé, un aide en fixe les extrémités sur des boutons. Les hémorrhoïdes sont alors coupées ras, jusqu'au niveau de la pince ; les mors de celle-ci sont alors séparés, et on lie au catgut les artères qui donnent. Lorsque l'hémorrhagie a cessé et que la pince est enlevée, on rapproche les bords de la plaie et on les fixe par des sutures ; après avoir lavé avec une solution d'acide phénique au centième on l'essuie et on la recouvre d'une couche de collodion. On place ensuite dans le rectum un suppositoire contenant dix centigrammes d'opium et l'opération est terminée, à moins qu'il ne reste encore une ou deux tumeurs hémorrhoïdales à enlever. Dans seize cas où ce procédé opératoire a été employé, les résultats ont toujours été satisfaisants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 janvier 1882.—Présidence de MM. DE SAINT-GERMAIN et L. LABBÉ.

Après une courte allocution, dans laquelle il remercie ses collègues, M. de Saint-Germain, président sortant, quitte le fauteuil de la présidence et invite le président pour 1882, M. Labbé, à venir s'y asseoir.

FISTULES CONGÉNITALES DE LA RÉGION SACRÉE. — *M. Terrillon* fait une communication sur trois cas de fistule congénitale de la région sacrée, siégeant jusqu'au sommet du pli interfessier, vers la base du sacrum. Ces fistules peuvent s'accompagner d'accidents inflammatoires analogues à ceux qu'on observe à l'ombilic, par suite de l'accumulation de la matière sébacée.

Le premier cas a été observé à l'hôpital Temporaire, en 1877, chez un homme de 35 ans qui était venu se faire guérir de trajets fistuleux siégeant à la base du sacrum.

A ce niveau existait un trajet fistuleux dont l'orifice avait l'apparence cutanée et qui était la terminaison d'un trajet oblique remontant vers le squelette où son fond adhérait, sans que l'os fût à nu. Il s'en écoulait un liquide contenant de la matière graisseuse et des cellules épithéliales pavimenteuses. De temps en temps survenaient des accidents inflammatoires se terminant par des abcès qui s'ouvraient et laissaient des fistules ; effectivement, tout autour de l'orifice, plus haut, existaient trois ou quatre fistules dont l'orifice était bourgeonnant.

Le trajet fistuleux, d'apparence cutanée, fut enlevé en entier ; il était constitué par un tissu qui, au microscope, avait toutes les apparences de la peau ; le reste fut cautérisé avec le thermo-cautère, et le malade guérit.

Deux ans après, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Terrillon en a observé un deuxième chez une femme de 22 ans qui, disait-elle, comme le premier, portait cela depuis son enfance ; il était sujet à des accidents de rétention ; il contenait de nombreuses cellules pavimenteuses ; elle n'a pas voulu se laisser opérer.

Enfin, il y a deux mois, il en a observé un troisième cas chez un homme de 30 ans, qui l'avait depuis l'enfance et qui, de tous points, ressemblait au prémier cité ; il a été traité de la même façon et est guéri.

Il n'a pas trouvé dans les auteurs d'indication sur des cas semblables. M. Féré, sur sa demande, a examiné un certain nombre d'enfants à l'hospice des Enfants-Assistés et a pu trouver dans quelques cas, en ce point, de petites dépressions ; deux fois il a vu des dépressions, en cul de poule, d'un demi-centimètre environ.

Deux hypothèses sont en présence : Ou bien on peut admettre que c'est un spina bifida incomplet, rudimentaire, mais, dans le spina bifida, l'absence de soudures des arcs vertébraux est l'élément prédominant; ou bien c'est le vestige de l'ombilic postérieur, sur le siège duquel les auteurs ne sont pas d'accord, les uns le plaçant à la partie supérieure de la colonne vertébrale, d'autres à la partie moyenne, d'autres enfin vers la partie inférieure de la colonne vers la base du sacrum.

M. Després rappelle qu'il a présenté, à la Société anatomique, un cas de tumeur congénitale renfermant des cellules épidermiques, et il avait fait les mêmes hypothèses que M. Terrillon, mais la tumeur siégeait plus bas, vers la base du coccyx.

M. Monod a vu dernièrement une jeune fille, très vigoureuse, portant à la partie inférieure de la fesse un orifice correspondant à un trajet fistuleux, long de 10 à 12 centimètres, s'enfonçant dans le gras de la fesse, *remontant à l'enfance*, sécrétant tres peu de liquide et donnant lieu à des accidents de rétention ; il n'y avait aucune lésion osseuse ; il est très embarrassé pour donner une interprétation.

M. Guéniot a vu quelquefois la petite dépression dont parle M. Terrillon, et il ajoute qu'on trouve là quelquefois, soit un bouquet de poils, soit un appendice caudal.

M. Chauvel a vu trois ou quatre fois des fistules à la partie inférieure du sacrum et deux fois un appendice caudal à la base.

M. Polaillon a vu plusieurs fois une dépression infundibuliforme à la base du sacrum. Il croit qu'il s'agit là d'un spina bifida rudimentaire.

M. Pozzi a vu deux cas de fistules à la base du coccyx, dont l'une coïncidait avec un appendice caudal à la base du sacrum.

M. Terrillon veut insister sur ce fait que ces trajets fistuleux vont à la base du sacrum, qu'ils siègent dans ce point ou sous les appendices caudaux ; il insiste aussi sur les accidents inflammatoires auxquels ils sont sujets.

Résection tibio-tarsienne. — *M. Nepveu* fait une communication avec présentation de moules sur les résultats des résections tibio-tarsiennes dans les fractures de l'extrémité inférieure de la jambe, avec déviation et subluxation ou luxation du pied.

M. Verneuil, dans le service duquel les opérations ont été faites, présentera deux nouvelles observations. Il veut insister sur une pratique qu'il croyait sienne et que Lisfranc avait préconisée, à savoir l'action des tendons abducteurs ou abducteurs du pied, destinée à empêcher la déviation du pied après l'opération.

M. Polaillon rappelle que le procédé qu'il a communiqué à l'Académie de médecine et qui consiste à conserver la malléole externe, prévient cette déviation.

M. Terrillon a fait, avec un plein succès, une opération analogue.

M. Verneuil pose en principe l'ablation de l'extrémité inférieure du péroné. Ses collègues ont eu affaire à des cas plus simples que les siens.

Il a vu des cas où la conservation des tendons avait été suivie de la déviation du pied.

La conservation de la malléole péronière n'empêche pas la déviation due aux tendons.

M. Polaillon croit que quand on peut obtenir après l'opération la soudure et la consolidation de la malléole externe, la section des tendons est inutile.

M. Magitot présente une pièce représentant un kyste périostique du maxillaire supérieur, proéminant dans le sinus, dont l'origine est une altération d'une dent molaire.

P. Bazy.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et pratique des maladies mentales, par le Dr *J. Luys*, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Salpêtrière. In-8°, 693 pages. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1881.

Le traité de M. Luys est fondé sur des bases tout autres que les traités, déjà connus, de pathologie mentale. Se plaçant résolument sur le terrain des idées modernes, M. Luys abandonne complètement les idées spiritualistes de Pinel et d'Esquirol et il entend faire rentrer les maladies mentales, comme toutes les autres, dans le domaine des maladies avec lésions; toutes ces affections auraient pour lui leur origine dans une perturbation fonctionnelle des organes intéressés. Aussi l'auteur suit-il un ordre réellement logique et expose-t-il l'anatomie et la physiologie du cerveau avant d'étudier les troubles que cet organe peut éprouver.

Dans la première partie de son ouvrage, consacrée à l'anatomie, M. Luys a reproduit les belles recherches qui, depuis de longues années déjà, ont illustré son nom. Il confirme la plupart de ses assertions précédentes et il ajoute des détails encore inédits au sujet des rapports qu'affectent certains faisceaux blancs de l'écorce avec différents noyaux gris des régions *sous-optiques*. Il décrit de la morphologie corticale ce qui est nécessaire pour apprécier rapidement les modifications survenues dans le cerveau des aliénés et des idiots. Des figures schématiques et des planches photo-micrographiques accompagnent ces descriptions anatomiques et donnent une idée très nette de la structure des éléments nerveux.

La partie physiologique comprend l'étude du rôle dynamique des

appareils nerveux précédemment étudiés. Ici encore il insiste sur ces données fondamentales que les manifestations vitales de l'activité nerveuse dans son ensemble ne sont compréhensibles que si l'on admet des propriétés fondamentales, inhérentes à leur constitution histologique intime, des propriétés *mères* dont ces manifestations ne sont que la totalisation et l'amplification.

De même que les appareils les plus complexes du système nerveux se résolvent toujours en une cellule nerveuse et en une fibre nerveuse, de même les manifestations les plus complexes de leur activité peuvent se résoudre en propriétés élémentaires des tissus qui sont l'apanage de toute cellule douée de vie. Ces propriétés sont au nombre de trois : la sensibilité, l'automatisme et la *phosphorescence organique*. M. Luys décrit, sous le nom de phosphorescence organique, cette propriété fondamentale des éléments nerveux en vertu de laquelle ils gardent emmagasinée en eux-mêmes, comme des corps inorganiques phosphorescents, la trace des vibrations qui les ont primitivement mis en mouvement. Ces phénomènes, que tout le monde connaît sous le nom de persistance des impressions sur la rétine, appliqués aux manifestations de l'activité psycho-intellectuelle, deviennent les éléments de nos souvenirs et, dans le domaine des psychopathies, une fois qu'ils sont amplifiés par l'action morbide du substratum organique, sont susceptibles de servir de point de départ à une série de conceptions pathologiques incoercibles.

M. Luys montre l'importance des diverses phases de la circulation sanguine et la part capitale qui revient à l'intégrité du mouvement circulatoire dans les manifestations vitales de la cellule nerveuse. La plupart des troubles intellectuels reconnaissent pour cause soit une hyperhémie, soit une ischémie du système nerveux.

La partie pathologique de ce traité comprend elle-même deux divisions. Dans la première, M. Luys étudie, dans des chapitres à part, les points qui intéressent l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic, l'anatomie pathologique et la thérapeutique des maladies mentales. La seconde partie comprend la pathologie spéciale, c'est-à-dire l'étude des maladies mentales envisagées d'une façon isolée, et la classification des groupes morbides. Cette classification est basée sur les deux modalités de l'activité nerveuse, l'éréthisme et la torpidité, et tout en partant d'un point différent, M. Luys se rencontre en bien des endroits avec les classifications données par ses devanciers. Mais il peut y avoir simultanément des régions cérébrales dans lesquelles l'irrigation vasculaire est inégalement répartie; l'ischémie peut dominer dans le réseau de l'écorce, par exemple, et l'hyperhémie dans les noyaux centraux; l'auteur admet donc des formes mixtes, dans lesquelles la dépression et l'excitation peuvent être pathologiquement associées.

Ces perturbations organiques souvent transitoires et dues à des troubles de la circulation forment une première section. Dans une seconde section, M. Luys place les processus morbides à évolution fatale et progressive, qui, dominés par des lésions organiques permanentes, constituent des états pathologiques essentiellement incurables; telles sont la paralysie générale (qu'il appelle sclérose interstitielle diffuse), l'imbécillité, l'idiotie.

Le beau Traité de pathologie mentale de M. Luys donnera une vigoureuse impulsion aux idées modernes sur la pathologie du cerveau.

A. Ch.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 16 au 21 janvier 1881.

Castaneda. Des kystes du ligament large. — Catois. Etude sur le sycosis. — Mourey. Des kystes de la grande lèvre et de leur traitement par la ligature élastique. — Cayla. Ovariotomie pendant la grossesse. — Colombe. De l'aphasie. — Bujeau. Essai sur les épanchements traumatiques de sérosité sous-aponévrotiques et profonds. — Oudiné. Etude sur la congestion rachidienne de cause menstruelle. — Aubeuf. Contribution à l'étude de l'hygiène et des maladies dans l'Inde. — Veil. Etude sur la pathologie des ascites chyliformes. — Bouché. Du glaucome et de son traitement par la sclérotomie. — Bernheim. Contribution à l'étude de la syphilis du cerveau. — Cotilleau. Recherches sur le diagnostic des arthrites rhumatismales de la région cervicale. — Gendron. Conjonctivite granuleuse. Etiologie et traitement des conjonctivites granuleuses contractées à Cattaro (Autriche), à bord des cuirassés « Le Suffren » et le « Friedland. » — Havage. Etude clinique sur les tumeurs des os du bassin.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 30 janvier au 4 février 1882.) — *Lundi*, 30. — Doctorat, 1er : MM. Duplay, Tillaux et Cadiat. — 1er : MM. Verneuil, Duplay et Remy. — 3e : MM. Gariel, Hanriot et Bourgoin. — 5e (Charité) : MM. Charcot, Guyon et Budin. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Fournier et Monod.

Mardi, 31. — Doctorat, 2e : MM. Richet, Le Fort et Humbert. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er : MM. Sappey, Panas et Peyrot. — 4e : MM. Jaccoud, Brouardel et Grancher. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Peter et Richelot.

Mercredi, 1er. — Doctorat, 1er : MM. Guyon, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin). — 3e : MM. Regnauld, Baillon et Gay.

Jeudi, 2. — Doctorat, 2e : MM. G. Sée, Peter et Richelot. — 2e : MM. Le Fort, Ball et Hallopeau. — 2e : MM. Richet, Laboulbène et Debove. — 3e (nouveau mode), 1re partie, pathologie externe, accouchements : MM. Pajot, Panas et Peyrot. — 4e : MM. Lasègue, Jaccoud et Joffroy.

Vendredi, 3. — Doctorat, 1er : MM. Duplay, Tillaux et Pozzi. — 1er : MM. Béclard, Trélat et Marchand. — 3e (1er, nouveau mode) : MM. Baillon, Gariel et Henninger. — 5e (Charité) : MM. Potain, Guyon et Pinard. — 5e (Charité) : MM. Vulpian, Verneuil et Budin.

Samedi, 4. — Doctorat, 1er : MM. Robin, Panas et Humbert. — 4e : MM. Hardy, Jaccoud et Debove. — 5e (Charité) : MM. Richet, Peter et Charpentier. — 5e (Charité) : MM Pajot, Laboulbène et Peyrot.

Samedi, 4. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — *Réception au doctorat en médecine d'un élève indigène algérien.* — Un élève indigène de l'Ecole d'Alger, Taleb ould Mersly, vient de terminer ses études médicales en passant avec succès sa thèse devant la Faculté de Montpellier. C'est le second indigène, boursier de l'Etat à l'École d'Alger, qui obtient le grade de docteur en médecine. C'est là, croyons-nous, une preuve nouvelle de l'aptitude des indigènes pour les études médicales, et une raison pour l'Administration de continuer à soutenir ceux de ces jeunes gens qui se livrent à ces études, puisqu'elle trouve dans leurs succès la récompense des sacrifices qu'elle s'impose.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE MELBOURNE. — A la dernière exposition internationale de Melbourne, M. Vergne, fabricant d'instruments de chirurgie en gomme, a obtenu la médaille d'or dans le premier ordre de mérite. Cette récompense accordée à un fabricant français dans une exposition faite sur le sol anglais, dans une branche qui intéresse à un aussi haut degré la chirurgie, mérite d'attirer l'attention.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, le dimanche 29 janvier 1882, à 9 h. 1/2 du matin, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. DOIN, *place de l'Odéon*, 8.

Traité clinique des maladies de l'enfance, par le Dr CADET DE GASSICOURT, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. T. II, contenant les maladies du cœur, rhumatisme, chorée, oreillons, coqueluche, rougeole, varicelle, scarlatine et fièvre typhoïde. 1 vol. gr. in-8 de 570 pages, avec 100 fig. dans le texte. Prix. 13 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A.PARENT,A. Davy,Suc', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 31

La médication chlorhydro-pepsique dans les dyspepsies.

M. Damaschino définit la dyspepsie : « Un état morbide caractérisé par la lenteur et la difficulté de la digestion. » Cette définition, qui est uniquement symptomatique, est très exacte, car la dyspepsie n'est véritablement qu'un symptôme survenant à titre de trouble fonctionnel, soit pendant l'évolution d'une maladie de l'estomac, soit dans le cours ou la suite d'une maladie générale.

L'étiologie de la dyspepsie est des plus variées, car l'âge, le sexe, le tempérament, les habitudes, certaines diathèses, sont autant de causes pouvant influer d'une manière notable sur le développement et la marche des troubles digestifs. C'est ce qui explique les formes symptomatiques si variées sous lesquelles se présente cet état pathologique, et la résistance qu'il oppose si souvent aux traitements les plus rationnels.

Parmi les nombreuses médications préconisées contre les dyspepsies, en première ligne se placent les ferments digestifs, et en particulier la pepsine. Mais, pour que ces agents digestifs possèdent une action efficace, ils doivent se rapprocher le plus possible de leur état naturel. C'est le but qu'a poursuivi M. Grez, qui, s'inspirant des travaux de MM. Ch. Richet et Berthelot, sur le suc gastrique, est parvenu à combiner la pepsine à l'acide chlorhydrique, reproduisant ainsi une combinaison physiologique (*chlorhydro-Pepsine*) qui rappelle le suc gastrique par ses éléments actifs.

Ce nouveau ferment possède une action digestive beaucoup plus énergique que la pepsine ordinairement employée ; associé à la pancréatine, à la coca et aux amers, qui complètent son action eupeptique, il constitue la base de l'Elixir chlorhydro-pepsique Grez.

Cette préparation agit non seulement par son action digestive, mais aussi en activant la sécrétion du suc gastrique.

De nombreuses expériences faites dans les hôpitaux et en ville, grâce au concours de MM. Archambault, Bouchut, Dujardin-Beaumetz, Ch. Frémy, de l'Hôtel-Dieu, Gubler, *Huchard*, Lucas-Championnière, médecins et chirurgiens des hôpitaux, de M. Chérin, médecin en chef de Saint-Lazare, ont démontré l'efficacité remarquable de cette nouvelle médication dans le traitement des dyspepsies.

Son emploi dans de nombreux cas de dyspepsies rebelles a produit une amélioration rapide, une rémission complète des symptômes, douleur, météorisme stomacal, éructations, pyrosis, vomissements, diarrhée.

Les troubles digestifs, si fréquents chez les adolescents (surtout à l'époque de la puberté), chez les chloro-anémiques, ont toujours cédé sous l'influence de ce traitement.

La phthisie se complique presque toujours de dyspepsie, de vomissements opiniâtres qui aggravent rapidement l'état des malades ; l'élixir chlorhydro-pepsique a donné, dans ces cas, d'excellents résultats en faisant cesser les vomissements et en modifiant l'état des voies digestives.

Des rhumatisants, des goutteux qui, depuis longtemps, ne digéraient qu'avec une extrême difficulté, ont vu leurs fonctions digestives se rétablir après quelques jours de ce traitement.

Enfin, un dernier point fort important sur lequel nous voulons insister : Tous les praticiens savent combien les troubles gastro-intestinaux sont graves et fréquents chez l'enfant, et combien les ressources de la thérapeutique pour les combattre sont limitées.

MM. Archambault et Bouchut ont expérimenté l'élixir Grez à l'hôpital des Enfants dans de nombreux cas de diarrhées chroniques, de vomissements ; sous l'influence de cette médication, diarrhées et vomissements ont cessé rapidement, les fonctions digestives ont repris leur cours régulier, et cela, même dans l'affection si grave et si rapidement mortelle, le choléra infantile.

Cette préparation se donne à la dose de une à deux cuillerées à bouche, aux repas, pour les adultes, et pour les enfants, une à deux cuillerées à café, pur ou mélangé avec un peu d'eau.

Dans ce rapide exposé, nous avons voulu appeler l'attention sur ce nouveau traitement des dyspepsies, en consignant les résultats de son emploi. Les nombreuses guérisons obtenues permettent d'affirmer que cette préparation est indiquée toutes les fois qu'il y a inaptitude à digérer.

(*Union médicale.*) Dr G. Dubois.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 13 MARDI 31 JANVIER 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

7770.6

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 13. Mardi 31 Janvier 1882

LA FRANCE MÉDICALE

M. Paul Bert et la chaire d'anatomie pathologique.

Un des derniers actes de M. Paul Bert, un arrêté signé le 26 janvier, le jour même de la chute du ministère, provoquera à la Faculté de médecine une légitime indignation.

On sait qu'à la suite de la nomination de M. le professeur Charcot à la chaire de clinique des maladies nerveuses, M. le professeur Hayem avait demandé à permuter et à prendre la chaire d'anatomie pathologique. A la suite d'une longue et sérieuse délibération, la majorité de la Faculté, résistant à une pression des plus puissantes, vota la permutation. C'est qu'elle était convaincue que M. le professeur Hayem était mieux que tout autre désigné pour cette chaire si difficile à occuper, chaire qui réclame, pour rester dans les traditions de la science française, à la fois des connaissances anatomo-pathologiques et cliniques.

Samedi a paru, au *Journal officiel*, un arrêté qui, ne tenant aucun compte de la décision de la Faculté, déclare vacante la chaire d'anatomie pathologique.

Ainsi, voilà un ministre qui ose assumer sur lui d'annuler, de sa propre autorité, une décision prise par l'assemblée des professeurs de la Faculté, et qui substitue son appréciation personnelle à celle de nos professeurs. C'est, depuis la suppression du concours, la première fois qu'un ministre ne tient pas compte du vote de la Faculté de Paris.

Nous ne pouvons admettre qu'un homme, fût-il un physiologiste remarquable, puisse avoir la prétention de juger mieux qu'une assemblée composée de professeurs éminents et représentant toutes les branches de l'enseignement de la Faculté. — Ces professeurs n'ont dû avoir d'autre mobile que l'intérêt de l'enseignement.

Il est probable que M. Paul Bert a dû invoquer, pour expliquer cet acte autoritaire, un certain nombre de motifs. Il est du devoir de M. le doyen de faire connaître le plus tôt possible, à la Faculté les raisons sérieuses qui ont pu déterminer M. Paul Bert à prendre une mesure aussi inattendue, aussi contraire à la dignité de la Faculté, aussi attentatoire à ses prérogatives. Car nous ne pensons pas, en effet, que M. le ministre de l'instruction publique ait voulu seulement rendre possible, comme on le prétend, l'accès de la Faculté à un ami politique.

Il est à craindre que l'intermédiaire naturel entre la Faculté et le ministère n'ait pas été en situation, à cause de son origine, de défen-

dre, auprès du ministre, comme c'était son devoir, la décision prise par l'Ecole.

Il est regrettable que le ministre n'ait eu auprès de lui que des fonctionnaires qui ont fait prévaloir leur opinion personnelle, opinion manifestée hautement avant le vote sur la permutation, au lieu de faire prévaloir l'opinion de la majorité des professeurs de la Faculté.

Nous espérons que dans cette circonstance, par souci de sa propre dignité et dans l'intérêt de l'enseignement, la Faculté ne voudra pas se déjuger, et qu'en maintenant sa décision, elle saura faire respecter une de ses plus précieuses prérogatives.

E. BOTTENTUIT.

HÔTEL-DIEU. — SERVICE DE M. POZZI, suppléant M. le prof. RICHET.

Ulcération de l'humérale et d'une de ses grosses collatérales dans un abcès critique de la convalescence d'un érysipèle de la face. — Mort par hémorrhagie.

Observation recueillie par H. de GASTEL,
Interne des hôpitaux.

Le nommé X..., âgé de 64 ans, entré le 15 juillet 1881, salle Saint-Thomas, puis Saint-Jean, n° 13.

Le malade est entré à l'Hôtel-Dieu dans le courant du mois de juillet, il fut reçu dans le service de M. Empis, où on le soigna pour un érysipèle de la face.

L'affection ne présente rien d'anormal, ni dans ses symptômes, ni dans sa durée. Pendant la convalescence, tout à coup il est pris de frissons, avec fièvre et délire ; en même temps, gonflement de la région parotidienne et de la région sous-maxillaire du côté droit ; le lendemain, le gonflement a augmenté et il s'est produit un nouveau foyer au niveau du coude droit. Le 31 juillet, quatre ou cinq jours après le début de ces accidents, il est reçu à la salle Saint-Jean, dans le service de clinique chirurgicale.

Etat le 31 juillet : Derrière l'oreille droite tout d'abord on trouve un petit abcès très superficiel ; on l'incise et on recherche si ce n'est pas un abcès en bouton de chemise, communiquant avec un abcès plus profond ; on ne trouve pas d'orifice.

Empâtement énorme de la région sous-maxillaire du même côté, mais sans fluctuation ; la région est très tendue et très douloureuse : incision longitudinale parallèle au bord inférieur de la mâchoire et un peu au-dessous. L'incision est faite couche par couche et très profondément, et on arrive enfin sur des tissus gorgés de pus infiltré, mais aucune collection liquide.

Empâtement également de la région parotidienne ; cet empâtement est moins prononcé qu'à la région sous-maxillaire. Il n'y a pas de fluctuation; on n'ose pas pratiquer l'incision.

Le bras droit est très gouflé au-dessus de l'articulation du coude dans la partie postérieure et interne ; la peau est œdémateuse, mais pas de fluctuation ; cataplasmes.

Le malade continue toujours à avoir du délire ; la peau est chaude et sèche. Temp. 40°.

Diagnostic. Abcès critiques ganglionnaires (cervicaux, sous-maxillaires, parotidiens, épitrochléens) de la convalescence de l'érysipèle, abcès probablement symptomatiques de l'injection purulente.

Traitement. Pansement de Lister sur les plaies opératoires, et cataplasmes émollients sur les régions malades non opérées : rhum et vin en grande abondance.

Le *pronostic* porté est très grave.

Le 1[er] août. Le pus commence à s'écouler librement par la plaie de la région sous-maxillaire.

Le 3. La suppuration devient très abondante. Le phlegmon du bras devient fluctuant. Incision immédiatement en avant des vaisseaux huméraux, en dehors du biceps; il s'en écoule une assez grande quantité de pus ; à la suite de l'incision, hémorrhagie veineuse sans importance est arrêtée par la compression. Au moyen d'un trois-quart, on fait une contre-ouverture en dehors et on passe un drain en avant des vaisseaux du bras. On attache ensemble, en arrière du bras, les deux extrémités du drain, qui forme ainsi une anse, contenant l'artère humérale. Cette anse est peu serrée, les extrémités du drain ne sont en fait que maintenues ensemble au dehors.

L'état général s'améliore, le délire cède, le malade reprend sa connaisance, la fièvre est moins vive; on commence à revenir sur le pronostic porté le jour de son entrée dans nos salles.

Les plaies sont lavées avec le plus grand soin ; injections dans le drain de la partie inférieure du bras; pansement de Lister.

Le 6. En faisant l'injection par le tube de la plaie du bras, un jet de sang rouge, rutilant, saccadé, s'écoule à plein canal par le drain qui est d'une certaine grosseur. La personne chargée du pansement fait immédiatement la compression de l'humérale au-dessus de la plaie et l'hémorrhagie s'arrête. Malheureusement cette compression est mal faite et insuffisante, et le malade a perdu une assez grande quantité de sang, un litre environ. Quand nous arrivons auprès de lui, l'artère est alors comprimée sérieusement et on va chercher un chirurgien.

C'est M. Monod, encore dans l'hôpital, qui vint voir notre malade; après s'être bien assuré que le sang provenait d'une hémorrhagie artérielle, M. Monod se décida à intervenir sous le chloroforme.

Débridement de la plaie et enlèvement du tube ; l'hémorrhagie provient d'un grosse artère musculaire antérieure se rendant dans le biceps ; elle est ouverte à environ 1 centimètre de la sortie de l'humérale et elle est située dans le foyer purulent au niveau du drain. On la lie avec du catgut. L'hémorrhagie est complètement arrêtée. On lave soigneusement la plaie. Pansement de Lister. Cette ligature est faite à 11 heures du matin.

A 1 heure, on vient précipitamment chercher l'interne de service; notre malade venait d'être pris d'une syncope pendant qu'il parlait avec sa femme.

On arrive auprès de lui; en effet le visage est pâle, on ne sent plus le pouls, le cœur bat à peine; quelques respirations à de longs intervalles. On découvre le malade : son lit était rempli de sang provenant d'une hémorrhagie très abondante de la plaie du bras. Cette hémorrhagie a dû se faire rapidement, car le sang est à peine coagulé.

On fait immédiatement la compression de l'humérale et on cherche à ranimer le malade, mais inutilement; il fut impossible de le rappeler à la vie.

Autopsie pratiquée le 8 août.

Pour nous mettre en garde contre les causes d'erreur, la perforation du vaisseau fut cherchée au moyen d'une injection artérielle; l'humérale est donc dénudée à 10 centimètres au-dessus de la plaie, coupée en travers, et on y introduit l'extrémité d'une seringue chargée d'eau. La plaie est également débarrassée de ses caillots par un courant d'eau.

En poussant l'injection dans l'artère, on voit le liquide sortir par le fond de la plaie; cette partie est disséquée avec soin et on s'aperçoit que la perforation siège sur l'humérale elle-même, à environ 1 centimètre au-dessous de l'artère musculaire qui a été liée ; cette perforation a les dimensions d'une plume d'oie environ. Elle siège exactement à l'endroit où passait le tube à drainage. Les veines humérales sont saines, non perforées; caillot adhérent dans l'une d'elles.

Le reste de l'autopsie ne put être pratiqué.

L'examen histologique de l'artère a été fait au laboratoire de l'Hôtel-Dieu ; les lésions sont limitées au siège même de l'ulcération; à 1 millimètre au-dessus et au-dessous, l'artère est parfaitement saine ; tout au plus la tunique externe est-elle quelque peu infiltrée de cellules embryonnaires.

Autour de l'ulcération, la tunique externe est gorgée de ces cellules, qui sont mélangées à des globules rouges provenant de l'hémorrhagie. La tunique moyenne est comme dissociée par une substance granuleuse, qui masque en grande partie la fibre musculaire; la

tunique interne est végétante et diminue d'épaisseur à mesure qu'on s'éloigne de l'ulcération.

Ces lésions sont localisées au côté de l'artère qui a été ouvert; elles ne s'étendent pas au côté opposé; en cet endroit les trois tuniques sont parfaitement saines.

Réflexions. — Les plaies spontanées des artères dans les foyers purulents et surtout dans les abcès chauds sont d'une grande rareté et nous ne croyons pas que notre observation fasse exception à la règle. L'ouverture des deux vaisseaux s'est faite au niveau du drain et nous sommes autorisés à penser que c'est le contact prolongé de ce corps étranger qui a fini par user les vaisseaux. Ce fait doit donner l'éveil au chirurgien qui devra, croyons-nous, éviter autant que possible de placer des tubes à drainage au niveau d'artères importantes et surtout en contact avec elles.

Si la ligature de l'humérale avait été faite, quand on a opéré le malade, on aurait certainement prévenu cette hémorrhagie foudroyante de la fin. Mais le chirurgien était-il en droit de la faire? La question fut discutée et résolue par la négative. La première hémorrhagie avait donné lieu, il est vrai, à l'issue d'une assez grande quantité de sang en l'espace de quelques instants; mais il était permis de supposer que cette hémorrhagie provenait de la grosse collatérale que l'on a liée, et cela d'autant plus que, après cette ligature, la plaie fut lavée avec soin et ne donna plus du tout de sang. La plaie de l'humérale était-elle complètement faite à cette heure? Nul ne saurait le dire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 janvier 1882. — *Présidence de* M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

A propos du procès-verbal:

M. Rendu complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance, sur un cas d'*hémiplégie consécutive à une intoxication par les vapeurs de charbon.* Il rappelle que, chez la malade qu'il a présentée à la Société, les paralysies offraient certains caractères des paralysies périphériques.

Dans les recherches bibliographiques auxquelles il s'est livré, sur ce sujet, il a trouvé que les premiers faits de paralysie consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone ont été publiés par M. Bourdon.

M. Bourdon a décrit des paralysies généralisées (sensitives et motrices), temporaires, et des hémiplégies persistantes. Dans ces hémiplégies, l'orbiculaire palpébral était paralysé comme dans les paralysies d'origine périphérique.

Après le mémoire de M. Bourdon, il n'y a à citer que le travail de Leudet et un mémoire allemand plus récent.

Revenant sur son observation, M. Rendu admet que, dans ce cas, la lésion devait siéger *au niveau de l'origine des nerfs*, ce qui expliquerait, jusqu'à un certain point, les caractères mixtes de cette paralysie, tenant à la fois des paralysies centrales et des paralysies périphériques.

M. Desnos, secrétaire général, donne lecture d'une lettre qu'il a reçue de M. le Dr Krishaber, au sujet de sa communication récente sur l'*alimentation forcée des phthisiques*. Cette lettre, très longue, renferme en substance deux assertions fort contestables : 1° que le cathétérisme de l'œsophage est une opération difficile; 2° que la pénétration dans le larynx peut avoir lieu sans que le malade en éprouve la sensation. M. Krishaber décrit, de plus, un nouveau procédé de cathétérisme œsophagien qui semble impraticable à M. Desnos et à d'autres membres de la Société.

M. Gouguenheim réfute très justement les opinions de M. Krishaber qui lui paraissent exagérées et même inexactes. Le cathétérisme de l'œsophage est habituellement une opération facile; l'introduction d'une sonde dans le larynx est parfaitement sentie par le malade et lui fait même éprouver des spasmes très douloureux.

M. Rendu appuie l'argumentation de M. Gouguenheim et dit qu'il est invraisemblable de supposer qu'un médecin des hôpitaux ne sait pas introduire une sonde dans l'œsophage.

M. Delasiauve présente quelques remarques sur l'introduction de la sonde œsophagienne chez les aliénés.

M. Dujardin-Beaumetz croit qu'avec un tube mou, de 1 centimètre de diamètre (tel que celui qu'on emploie) et qu'on fait déglutir au malade, il est impossible de pénétrer dans le larynx. Parfois on ne peut arriver jusque dans l'estomac, mais cela tient à la laxité de la muqueuse œsophagienne qui forme des plis en forme de valvules contre lesquelles butte la sonde ; il ne faudrait pas croire, dans ces cas-là, que la sonde a pénétré dans les voies aériennes et non dans l'œsophage.

M. Lereboullet, au nom du Dr Pinot, présente cinq observations d'*anasarque aiguë compliquant des angines sans albuminurie*.

M. Lereboullet rapproche ces faits de ceux qui ont été communiqués récemment à la Société par le Dr Laure (de Lyon).

Discussion sur le traitement de la rage. — *M. Gingeot* lit une intéressante observation de rage humaine traitée par l'hoang-nan, médicament employé dans l'extrême Orient contre un grand nombre de maladies incurables très diverses.

M. Gingeot suivit exactement dans le traitement de son malade les principes posés par le Père Lecerteur, le vulgarisateur de l'hoang-

nan. Il prescrivit des pilules renfermant chacune 0,10 centigrammes du médicament. Le malade prit quatre pilules, qu'il vomit presque aussitôt. M. Gingeot fit faire alors une injection sous-cutanée avec les pilules délayées (chaque injection représentant environ la valeur de deux pilules). Deux de ces injections furent pratiquées et le malade succomba.

M. Gingeot fait remarquer que son insuccès ne doit pas décourager les médecins qui voudraient employer l'hoang-nan contre la rage. Car, dans son cas, le traitement fut institué trop tardivement; le mode d'administration (en pilules) était certainement chez un rabique une très mauvaise méthode, et enfin la dose employée a été trop faible. Dans des cas semblables, il serait préférable d'avoir recours d'emblée à des injections hypodermiques. La solution aqueuse d'extrait alcoolique ou acéto-alcoolique d'hoang-nan serait la préparation la plus commode pour les injections qui devraient être répétées itérativement jusqu'aux effets d'intolérance qui coïncident avec l'action thérapeutique du médicament.

M. Dujardin-Beaumetz. Il y a eu, l'année dernière, à Paris, 23 décès de rage humaine, contre lesquels les moyens les plus divers ont été employés sans résultat.

La méthode russe, qui consiste à mettre les malades dans l'étuve et à leur administrer de l'ail ou du sulfure d'allyle, paraît être le meilleur mode de traitement.

M. Beaumetz a soigné, il y a six mois, par cette méthode, trois personnes de la même famille, mordues par un chien reconnu enragé. Les plaies n'avaient pas été cautérisées. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'accident rabique.

On a préconisé un autre traitement par *la valdivine*, alcaloïde extrait de la valdavia, substance très employée en Colombie.

La valdivine a été expérimentée par M. Beaumetz et par M. Trastour ,à Alfort, sur des chiens enragés. Ce médicament ne guérit pas la rage, mais il empêche les accès. Les chiens meurent sans avoir d'accès rabiques.

Enfin on a aussi employé le tube Faucher pour faire boire un rabique, qui est mort comme les autres.

M. Sevestre rappelle qu'il a employé la pilocarpine dans le traitement de la rage.

M. Féréol croit que ce médicament ne peut avoir aucune efficacité contre la rage.

La séance est levée à 5 heures.

Ern. GAUCHER.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 13 MARDI 31 JANVIER 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

7772.6

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

maladie. Chez un malade atteint d'ostéo-myélite spontanée, M. Bouchard a pu constater que le pus, le sang et l'urine présentaient les altérations d'une maladie infectieuse; les reins à l'autopsie présentaient également les lésions de la néphrite infectieuse.

M. Comby rappelle que M. Lannelongue préconise dans les cas de ce genre la trépanation faite dès le début.

M. Letulle lit au nom M. le Dr Duvernoy, de Belfort, une observation de scarlatine maligne. (V. *France méd.*, n° 4, p. 38.)

M. Ball propose de fixer les prochaines élections pour la nomination à huit places de membre titulaire à la deuxième séance de janvier.

Cette proposition est acceptée.

La séance est levée à 10 heures.

Les secrétaires des Séances,
H. BARTH ET MERKLEN.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 23 au 28 janvier 1881.

CARLIER. Etude sur la syphilis pulmonaire. — NATU. Purpura rhumatismal. — SIGARROA. Contribution à l'étude de l'anesthésie saturnine. — DOURY. De l'emploi des balsamiques et en particulier du poivre cubèbe dans le traitement de la syphilis. — GIRARD. Etudes sur l'épilepsie Jacksonienne. — GOIX. Contribution à l'étude de la laryngite phlegmoneuse aiguë. — GAUCHER. De l'épithélioma primitif de la rate. — ALAVOINE. Traitement de la phthisie pulmonaire par l'électricité. — JUHEL-RENOY. Etude sur la sclérose du myocarde (myocardite scléreuse hypertrophique primitive). — ROBERT. Contribution à l'étude de l'urologie de l'attaque de goutte.

NOUVELLES

MINISTÈRE DE LA MARINE. — *Service de santé.* — Le Président de la République française, décrète :

Art. 1er. — L'article 20 du décret du 31 mai 1875 est modifié et remplacé par le texte ci-après :

Les emplois du service de santé aux colonies sont attribués à ceux des médecins de la marine qui en font la demande, ou donnés à la suite des concours ouverts dans les écoles et d'après les dispositions ordinaires établies pour l'avancement.

Toutefois, lorsqu'il y a lieu de remplir, entre deux concours, des emplois devenus vacants dans le service aux colonies, et que des demandes n'ont pas été produites, il est procédé à ces remplacements dans l'ordre résultant de la liste d'embarquement et d'envoi aux colonies, tenue à Paris.

Art. 2. — Le ministre de la marine est chargé de l'exécution du présent décret.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — Le ministre de la marine arrête :

Art. 1er. — L'embarquement et l'envoi d'office aux colonies des officiers de tous grades du corps de santé de la marine sont ordonnés par le ministre, suivant une liste d'embarquement et d'envoi aux colonies tenue au ministère de la marine.

Art. 2. — Lorsqu'il y a lieu, sur l'ordre du ministre, de faire remplir les vides qui se produisent dans le cadre du service à terre de l'un des ports chefs-lieux, les désignations portent sur les officiers du corps de santé inscrits à la fin de la liste générale d'embarquement.

Art. 3. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires à celles contenues dans le présent arrêté.

CONGRÈS DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE L'ALLEMAGNE. — Le 11 novembre dernier s'est réuni à Berlin, sous la présidence de M. Forkenbeck, premier bourgmestre de la capitale, le premier congrès des représentants de tous les bureaux de bienfaisance ou institutions analogues de l'empire d'Allemagne. Un grand nombre de questions relatives à l'assistance publique et à l'extinction du paupérisme ont été traitées dans les séances de ce congrès, auquel assistaient environ 150 personnes. Après la constitution du bureau, l'assemblée a adopté les dispositions suivantes : Il est formé, sous le titre de *Deutscher Verein für Armenpflege und Wohlthatigkeit*, une association qui a pour but d'étudier théoriquement les questions relatives à l'assistance publique et de proposer des réformes sur l'administration des établissements de bienfaisance. Elle se compose de représentants des établissements de l'Allemagne et des personnes qui s'occupent spécialement des questions d'assistance. Les membres du congrès se réunissent chaque année dans une ville de l'Allemagne. Chaque membre paye une cotisation annuelle de 5 marcs, qui est portée à 10 marcs pour les corporations représentées au congrès.

L'ordre du jour des séances de l'assemblée générale est fixé par une commission de trente membres nommés au scrutin secret. Cette commission nomme cinq membres chargés de l'expédition des affaires courantes, de la conservation des archives et de la comptabilité. La société, ainsi constituée, a immédiatement discuté un certain nombre de questions. M. Pohmert, de Dresde, a émis le vœu que l'assemblée prît l'initiative d'un projet tendant à établir dans toute l'Allemagne un système de statistique unique destiné à faciliter le groupement de tous les faits relatifs à l'assistance publique. M. Bokelmann, de Kiel, a lu à l'assemblée un rapport sur les moyens de combattre le vagabondage. Les conclusions de ce rapport ont été adoptées par le congrès ; en voici le résumé ; 1° les associations communes doivent s'efforcer de procurer de l'occupation aux ouvriers sans travail ; 2° les ouvriers qui voyagent pour chercher du travail devront être pourvus de livrets ; 3° les mendiants et vagabonds qui auront été condamnés comme tels ne pourront quitter leurs communes ; 4° l'administration devra encourager la formation de sociétés ayant pour but la répression de la mendicité, et les membres de ces sociétés devront prendre l'engagement de ne fournir aucun secours aux mendiants étrangers.

On sait qu'il existe depuis fort longtemps en Allemagne une société de bienfaisance, sous le titre de *Vaterlændischer Frauenverein*, dont le but

principal consiste dans la distribution de secours à domicile. Le congrès sur le rapport du ministre d'Etat Friedenthal, a émis le vœu que toutes les corporations d'assistance publique fussent en rapport avec cette société, de manière qu'il n'y ait pas double emploi dans la distribution des secours. Enfin, après une lecture de M. Schvader, le congrès a adopté la motion suivante: « Il y a lieu de considérer la visite à domicile des malades pauvres comme le complément de l'obligation d'assistance publique imposée aux communes. » (*Revue générale d'administration.* — Ministère de l'intérieur.)

La Société de médecine légale a déclaré la vacance de quatre places de membres titulaires et de cinq places de membres correspondants nationaux.

Les candidats sont invités à adresser leur demande au secrétaire général (M. le Dr Gallard, 7, rue Monsigny, à Paris).

Bulletin de la mortalité *du* 20 *au* 26 *janvier* 1881. — Fièvre typhoïde, 55.— Variole, 15. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 74. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 10.— Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 43. — Phthisie pulmonaire, 195. — Autres tuberculoses, 21. — Autres affections générales, 78.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 77.

Bronchite aiguë, 58. — Pneumonie, 118. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 58; au sein et mixte, 26; inconnu, 13. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 104; l'appareil circulatoire, 70; l'appareil respiratoire, 96; l'appareil digestif, 65; l'appareil génito-urinaire, 23; la peau et du tissu lamineux, 2; des os, articulations et muscles, 13. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 1; causes non définies, 2. — Morts violentes, 27. — Causes non classées, 13. — Nombres absolus de la semaine, 1.265.

Résultats de la semaine précédente : 1.179.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. Doin, *place de l'Odéon*, 8.

Leçons de clinique médicale (maladies de la gorge et de l'estomac) professées à l'Ecole de médecine d'Angers, par E. Briand, professeur suppléant à l'Ecole de médecine, etc., etc.; recueillies par M. Thibault, interne à l'Hôtel-Dieu, et revues par l'auteur. 1 vol. in-8 de 157 pages. Prix. 4 fr.

Bibliothèque biologique internationale publiée sous la direction de M. J.-L. DE LANESSAN, professeur agrégé d'histoire naturelle à la Faculté de médecine, député de Paris.

Le protoplasma considéré comme base de la vie des animaux et des végétaux, par Hanstein, traduit de l'allemand. 1 volume in-18. Prix. 2 fr.

Les ferments digestifs, la préparation et l'emploi des aliments artificiellement digérés, par William Roberts, traduit de l'anglais. 1 vol. in-18. Prix. 2 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 14 JEUDI 2 FÉVRIER 1882.

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 14. Jeudi 2 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR GERMAIN SÉE.

Comment peut-on reconnaître la trichinose chez l'homme.

Leçons recueillies par le Dr Ch. TALAMON,

Chef de clinique.

Vous n'êtes pas, Messieurs, sans avoir entendu parler des discussions récentes qu'ont soulevées dans le public et dans les sociétés savantes la découverte de nombreuses viandes trichinées de provenance américaine et les mesures préventives prises contre l'importation de ces salaisons avariées. Je profite du regain d'actualité que donne à la question le retrait de ces mesures de prohibition pour essayer de vous retracer les différents aspects sous lesquels peut se présenter à vous l'empoisonnement par les trichines. Je suis convaincu qu'on a laissé passer en France des épidémies de trichinose faute d'une connaissance suffisante des symptômes de cette maladie. Il faut avoir l'esprit en éveil sur ce sujet et bien posséder ces symptômes, peu nombreux en somme et faciles à retenir, pour arriver à en dépister la signification dans les combinaisons encore assez variées qu'ils peuvent former.

Je m'adresse surtout à ceux d'entre vous, Messieurs, qui exerceront la médecine dans les petites villes ou dans les campagnes. La trichinose, en effet, n'est pas à proprement parler une épidémie; elle ne frappe pas les masses; elle n'atteint que les isolés ou les commensaux qui font usage de la même viande; c'est une maladie de voisins. Deux, trois familles sont prises dans une petite localité d'accidents bizarres qui sont bien vite ébruités; on en cause de porte en porte. Souvent le même médecin est appelé à soigner ces différentes familles, il peut comparer les symptômes, reconnaître l'analogie des accidents. Vous comprenez combien, dans ces conditions, il est facile d'ouvrir une enquête, de confirmer les soupçons aussitôt éveillés et d'arriver de proche en proche à la boutique du charcutier fournisseur habituel des familles intoxiquées.

Supposez au contraire un fait de ce genre à Paris. Il est plus que probable que les trois ou quatre familles atteintes auront chacune un médecin différent. Le rapprochement, la comparaison des accidents qui excite les soupçons du praticien de village ne pourra donc pas se faire ici, et le plus souvent on mettra les symptômes sur le compte d'une simple indigestion. Mais supposez même les soupçons du médecin éveillés, presque forcément, à moins d'accidents graves imposant

le nécessité d'un diagnostic précis, ces soupçons tomberont bien vite devant les difficultés d'une enquête que le charcutier pourrait considérer comme diffamatoire.

Donc, vous le voyez, à Paris, dans les grandes villes, toutes les chances sont pour que les cas de trichinose passent inaperçus. Il ne doit pas en être ainsi à la campagne; là il est possible de suivre à la trace, et pour ainsi dire de maison en maison, la marche de la maladie. C'est pour faciliter ces recherches, si le hasard vous met un jour en présence d'une de ces petites épidémies comme on n'en a guère décrit jusqu'ici si ce n'est en Allemagne, que je veux aujourd'hui vous indiquer les principaux symptômes de la trichinose.

HISTORIQUE. — Mais avant d'aborder cette description, laissez-moi vous rappeler en peu de mots ce qui a trait à la découverte de la trichine et à la manière dont se comporte ce parasite une fois introduit dans l'économie. Pendant longtemps on se borna à constater la présence du ver dans les muscles à l'état d'enkystement. Cette période de l'histoire de la trichinose commence en 1835 avec Owen, qui donna au parasite le nom de *trichina spiralis*. Jusqu'en 1860, malgré quelques tentatives expérimentales faites en Allemagne, le mode de développement de ce ver enkysté resta inconnu. Mais en 1860, la découverte de Zenker vint révéler la phase principale de l'évolution du parasite.

Zenker, professeur d'anatomie pathologique à Leipzig, étudiait à cette époque les altérations des muscles dans la fièvre typhoïde. Faisant l'autopsie d'une jeune fille qui, d'après le diagnostic porté pendant la vie, avait succombé à cette affection, il trouva les muscles farcis d'un grand nombre de trichines, à l'état de vers libres, sans kystes apparents, au milieu des fibres altérées. Dans l'intestin, pas de lésion des plaques de Peyer, aucune trace de fièvre typhoïde; mais le mucus intestinal fourmillait de vers absolument semblables aux trichines intra-musculaires, et pourvus d'organes génitaux complètement développés. On apprit que la jeune fille avait mangé de la chair crue d'un porc tué quelques jours avant qu'elle tombât malade. Zenker réussit à se procurer de la chair de ce porc, qui avait été salée et conservée, et il la trouva infestée de trichines.

Le point resté obscur dans l'évolution de la trichine était donc éclairci; avant de s'enkyster dans les muscles, les vers se fécondaient et pullulaient dans l'intestin, d'où leurs embryons émigraient pour envahir le système musculaire. Les expériences qu'entreprit Zenker, en faisant avaler à des chiens de la viande de porc trichinée, confirmèrent pleinement cette idée. Les expériences furent répétées avec les mêmes résultats par Virchow, par Leuckart. Depuis lors de nombreuses relations d'épidémies de trichinose ont été publiées, sur-

tout en Allemagne. En France, la seule épidémie connue est celle de Crespy-en-Valois, dont la relation a été faite l'année dernière dans les bulletins de l'Académie de médecine, par mon collègue et ami Laboulbène.

DESCRIPTION DE LA TRICHINE. — La trichine est un ver filiforme, d'une longueur de 8 dixièmes de millimètre à un millimètre, roulé en spirale à l'intérieur d'une membrane kystique interposée entre les fibrilles musculaires, dans le tissu conjonctif intra-musculaire et non dans l'épaisseur des fibres musculaires elles-mêmes, comme on l'a affirmé à tort. Vous pouvez voir cette situation, du reste, sur les préparations microscopiques que je mets sous vos yeux. Ingérées avec la viande de porc infectée, les trichines se dégagent de leur kyste et se trouvent libres dans l'estomac au bout de quelques heures. De là elles passent dans l'intestin, où elles vont se développer. Du sixième au huitième jour, elles commencent à pulluler. On trouve des embryons au bout de sept jours chez des animaux auxquels on a fait avaler de la viande trichinée. Ces embryons se développent d'abord dans l'intérieur du corps des trichines femelles. Expulsés par l'orifice vaginal, ils se retrouvent dans le mucus intestinal sous forme de petites filaires, puis dans les ganglions mésentériques, dans le péritoine, le péricarde. De là les trichines se répandent par tous les muscles. Elles détruisent la substance contractile, puis se roulent en spirales, soulevant en un point le sarcolemme qui s'épaissit pour former l'enveloppe externe du kyste, tandis que les noyaux prolifèrent à l'intérieur, constituant une deuxième enveloppe ou tunique interne; ces deux tuniques se confondent d'ailleurs à la longue et peuvent subir l'incrustation calcaire.

Par quelle voie se fait la migration des trichines? Il est vraisemblable que la généralisation se fait par les voies lymphatiques. La présence de jeunes trichines dans les séreuses, dans les ganglions du mésentère, semble le prouver. Toutefois Zenker et Thudichum disent avoir vu quelquefois des embryons dans le sang de l'homme.

Ce qui est certain, c'est que les muscles envahis en premier lieu sont les muscles les plus voisins de l'intestin, le diaphragme, les muscles abdominaux et intercostaux. Dans les membres, les muscles deviennent durs, comme contracturés. Les trichines se tassent, s'accumulent vers l'insertion tendineuse. On a vu les muscles du pharynx, du larynx atteints et infiltrés, d'où la gêne de la déglutition, l'aphonie. Le cœur est le seul muscle qui échappe à l'invasion des trichines.

SYMPTOMES DE LA MALADIE. — Il ne faudrait pas espérer rencontrer, chez les individus trichinés, l'ensemble des symptômes que vous trouvez décrits dans les livres. La maladie procède par frag-

ments, par groupes de symptômes, et est loin de présenter dans tous les cas le même aspect clinique. C'est là une particularité que ne laissent pas soupçonner les descriptions classiques. Dans l'article de l'Encyclopédie de Ziemssen consacré à la trichinose, tous les symptômes se trouvent accumulés dans un même tableau d'ensemble. En lisant les relations des diverses épidémies observées, j'ai pu me rendre compte de la manière dont procédait la maladie et des aspects variés qu'elle pouvait revêtir. Ce sont ces diverses formes morbides que je me propose de vous décrire et que je crois pouvoir grouper comme il suit :

Forme gastro-intestinale ;
Forme rhumatoïde ;
Forme œdémateuse ;
Forme typhoïde.

I. *Forme gastro-intestinale.* — Les individus trichinés sont pris, sans raison apparente, de troubles digestifs graves : malaise épigastrique avec sensation de plénitude stomacale, nausées et vomissements. Le moment de ces vomissements est variable ; tantôt ils ont lieu dans la même journée que le repas trichiné, ou le lendemain ; tantôt ils sont plus tardifs, ils surviennent au bout de trois, quatre jours. Le plus souvent, ces accidents gastriques s'accompagnent de diarrhée, et la diarrhée peut prendre le caractère cholériforme.

Quand les troubles gastriques ne se prolongent pas et restent peu accusés, on croira volontiers à une simple indigestion. Si les selles diarrhéiques sont abondantes et répétées, se compliquant de vomissements et de symptômes de prostration abdominale, elles pourront faire naître l'idée d'une cholérine et même du choléra, dans les cas où un certain nombre de personnes sont atteintes simultanément. Mais l'erreur est facile à éviter ; les selles cholériques sont caractéristiques, et les grains riziformes manquent constamment dans la diarrhée trichinale. Pour peu, d'ailleurs, qu'on soupçonne la trichinose, le microscope lèvera tous les doutes en montrant, dans les garde-robes, la parasite cause première des accidents.

Enfin, il est deux phénomènes qui ne manquent du reste dans aucune des formes de la trichinose et qui ont une grande valeur diagnostique :

En premier lieu, *des sueurs énormes*, profuses, qui n'existent pas dans le choléra ;

Deuxièmement, *une prostration musculaire* considérable qui apparaît de très bonne heure et souvent même avant la diarrhée.

II. *Forme rhumatoïde.* — Dans cette forme, ce sont les douleurs musculaires qui dominent. Les malades éprouvent une grande fatigue accompagnée de douleurs violentes qui entravent tout mouvement ; c'est une sorte de faiblesse, de parésie douloureuse.

Vers le huitième jour, les muscles deviennent gonflés et durs comme une planche, très sensibles à la pression. Supposez que les trichines aient envahi les bras et les jambes ; tâtez les muscles ; les fléchisseurs sont toujours plus gravement atteints que les autres muscles. L'avant-bras est fléchi sur le bras et, à un moment même, il peut se faire une véritable contracture. En cherchant à défléchir, vous provoquez une douleur vive. En palpant, vous sentez une dureté de bois, même quand la contracture est à peine marquée. Il faut palper surtout vers les insertions tendineuses, au bas du mollet, au niveau du tendon d'Achille, quand il s'agit de la jambe ; vers le coude, près de l'expansion du biceps, quand il s'agit du bras.

Mais les muscles des membres ne sont pas seuls atteints. Les trichines peuvent se fixer dans les muscles de la mâchoire, d'où une sorte de trismus douloureux, dans les muscles du pharynx, déterminant de la gêne de la déglutition ; dans les muscles du larynx, d'où l'aphonie, la raucité de la voix ; dans les muscles de l'œil. Les muscles de la respiration, surtout le diaphragme, les intercostaux sont toujours envahis, mais d'une façon insuffisante parfois pour produire des troubles respiratoires ; on observe cependant habituellement de la dyspnée à un degré variable et, vous le comprenez, cette dyspnée est proportionnelle au nombre des parasites fixés dans les muscles qui servent à la respiration.

Tous ces symptômes s'accompagnent de douleurs, douleurs surtout violentes dans les membres, diffuses et ne suivant pas le trajet des nerfs. Ce sont ces douleurs qui égarent le plus ordinairement le diagnostic. On dit rhumatisme musculaire, névralgie, douleurs syphilitiques, etc.

L'existence des *troubles gastro-intestinaux* du début doit toutefois mettre en garde le médecin et éveiller son attention.

La *prostration* musculaire si marquée est encore un signe d'une grande valeur.

On peut enfin harponner les muscles avec le trocart de Duchenne ou le harpon de Middeldorpff, et rechercher la trichine dans le fragment enlevé. Mais c'est là un moyen bien peu certain, car vous pouvez harponner un fragment de muscle parfaitement sain à côté d'un faisceau complètement trichiné ; mieux vaut une enquête rétrospective faite avec soin sur les aliments ingérés par votre malade.

III. *Forme œdémateuse.* — Cette troisième forme est la plus caractéristique. Les malades se présentent à vous avec la face gonflée, particulièrement les paupières, se plaignant d'une prostration extrême. Ou bien cet œdème est unilatéral et alors il est pour ainsi dire pathognomonique ; ou bien il est double et, dans ce cas, ne trouvant rien au cœur, pas d'albumine dans les urines, vous ne pouvez songer qu'à un état cachectique. Mais il y a quatre, cinq jours, le su-

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 14 JEUDI 2 FÉVRIER 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur.

SOMMAIRE

qua la résection du nerf spinal. Le nerf spinal entre dans le crâne par le trou occipital et en sort par le trou déchiré postérieur. A ce niveau, il se divise en branche interne, qui va se confondre avec le pneumogastrigue, et en branche externe ou musculaire; c'était celle-ci qu'il fallait chercher. Cette branche externe est en partie entourée par la glande parotide, puis elle passe en arrière du sterno-mastoïdien et s'engage dans l'épaisseur de ce muscle, auquel elle fournit une branche, puis elle traverse le creux sus-claviculaire, pour aller s'épuiser dans le trapèze.

M. Tillaux se proposait de faire la résection du nerf à sa sortie de la loge parotidienne, aussi haut que possible. La véritable voie à suivre était le bord postérieur du sterno-mastoïdien. La malade étant couchée sur le côté, une ligne horizontale, tirée de l'angle de la mâchoire, marque le point où le nerf sort de la glande. Une autre ligne horizontale, tirée du bord supérieur de la glande thyroïde, indique le point où le nerf spinal pénètre dans le muscle. Il fallait donc pratiquer, entre ces deux lignes, une incision parallèle au bord postérieur du sterno-mastoïdien. C'est ce muscle qu'il faut suivre exactement pour trouver le nerf. L'incision, longe de 6 centimètres, permit de découvrir le bord du muscle, de le soulever et de chercher à sa face profonde où on trouva le nerf.

Par le temps d'élongation des nerfs qui court, M. Tillaux s'était demandé s'il ne ferait pas l'élongation du nerf spinal, pour conserver l'action de ce nerf, mais si le nerf spinal fournit des filets au sterno-cléido-mastoïdien et au trapèze, ces muscles reçoivent également des filets d'une autre source. D'autre part des tractions faites sur ce nerf sur un cadavre dont le bulbe était découvert, montrèrent à M. Tillaux que ces tractions pouvaient ne pas être sans danger. Aussi M. Tillaux fit la résection sur un point très élevé. Il fallait atteindre un point très élevé, puisqu'il arrive parfois que la branche externe du spinal se bifurque très haut pour aller se distribuer au sterno-cléido-mastoïdien et au trapèze; il fallait donc atteindre ce nerf avant sa bifurcation.

La guérison de la plaie fut rapide. De plus la malade éprouve un soulagement très notable; elle peut maintenant résister en partie à l'entraînement de sa tête et la douleur de la nuque est beaucoup moins vive.

Il est possible que cette femme guérisse complètement. Dans un cas de Moslig à peu près analogue, la guérison n'a été complète qu'au bout de quatre mois.

La physiologie du nerf spinal a été très étudiée. Cl. Bernard en a fait le nerf de la phonation. Ici la malade n'a rien éprouvé du côté de la voix, il ne s'agissait, il est vrai, que de la branche externe.

M. Jules Guérin. La résection nerveuse a pour résultat nécessaire

l'abolition des fonctions de ce nerf. Il s'agissait chez la malade de M. Tillaux d'un torticolis spasmodique. Plusieurs opérations ont été faites dans ces cas. Pendant assez longtemps les auteurs ont confondu le torticolis spasmodique et le torticolis par rétraction musculaire. M. Jules Guérin a jeté quelque jour sur cette question. Il a fait cinq fois la section du muscle au milieu de sa partie charnue; il a obtenu trois guérisons.

M. Jules Guérin croit que l'on peut espérer d'excellents résultats de la résection nerveuse, mais qu'on peut toujours commencer par sectionner, par la méthode charnue, le faisceau musculaire qui entraîne la déviation.

M. Tillaux. Il n'y avait pas réellement de spasme chez cette femme; c'était plutôt un torticolis fonctionnel.

M. Panas. M. Tillaux a oublié de nous dire en quoi ses résultats diffèrent de ceux obtenus par l'élongation, et si dans les observations étrangères la section exercée sur le nerf a entraîné quelques phénomènes du côté du bulbe.

M. Tillaux. Annandale qui a opéré le premier, en 1878, a opéré par devant; il a fait l'élongation, mais de plus il a mis un fil de soie autour de son nerf, il n'a fait l'élongation que quelques jours après. Mosly, de même, a fait des tractions très fortes.

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour *entendre* la lecture du rapport de M. Le Roy de Méricourt sur les candidats au titre de membre associé libre.

VARIÉTÉS

Ministère de la Marine.

MODIFICATIONS DANS LE SERVICE DES HÔPITAUX.

Le Ministre de la Marine a adressé le rapport suivant au Président de la République :

Les attributions respectives du commissariat et du corps de santé dans les hôpitaux de la marine ont été déterminées par l'ordonnance du 14 juin 1844 concernant le service administratif, mais les dispositions de cette ordonnance ne sont plus en rapport avec la situation qui a été faite au corps médical par les décrets parus depuis sa promulgation. Il en résulte quelquefois des tiraillements et des conflits qui nuisent à la bonne exécution du service. Le décret que j'ai l'honneur de vous soumettre a pour but de les faire cesser.

Dans la marine, le corps médical a toujours été placé sous les ordres du commandement et n'a jamais relevé de l'administration que dans une mesure restreinte et à une époque déjà éloignée. — Il

y a donc eu de tout temps, dans les hôpitaux, deux services indépendants l'un de l'autre et qui ne sont jamais arrivés à s'entendre.

L'ordonnance de 1844 avait réglé leurs attributions respectives, en attribuant au commissariat l'administration, la police et la direction générale de l'établissement, et en plaçant sous ses ordres tout le personnel hospitalier, les médecins et les pharmaciens exceptés. Le corps médical n'avait pas d'autre fonction que de visiter les malades et de s'entendre avec le commissariat pour les mesures que réclamait l'hygiène.

A cette époque, il était dirigé par un conseil de santé, composé des premiers et des seconds médecins, chirurgiens et pharmaciens en chef, et présidé par le plus ancien d'entre eux, les pharmaciens exceptés. Ce président n'avait sur ses collègues, demeurés ses égaux, qu'une autorité mal définie.

On ne tarda pas à reconnaître que cette anarchie ne pouvait pas convenir dans un service militaire, et qu'il importait de la faire cesser, en donnant au chef du corps de santé dans les ports l'autorité du grade, la seule qui ne soit jamais contestée. Le décret du 25 mars 1854 créa les directeurs, en les assimilant aux commissaires généraux et aux directeurs des constructions navales.

Cette haute situation donnée à un médecin dans l'hôpital fit ressortir encore davantage l'infériorité de ses attributions. D'une autre part, l'ordonnance de 1844 cessa d'être applicable dans quelques-unes de ses dispositions. Le décret du 14 juillet 1865, en supprimant les seconds officiers de santé en chef et en réglant à nouveau la composition des conseils de santé annula de fait le paragraphe 4 de l'article 41, les articles 78 et 79 de l'ordonnance précitée et fit cesser l'ingérence de l'administration dans les affaires d'un ordre purement médical.

Enfin, le décret du 29 juin 1876 concernant les infirmiers maritimes et les divers agents des hôpitaux de la marine vint consacrer pour la première fois le principe de l'autorité médicale, en décidant que les infirmiers, qui jusqu'alors avaient été placés sous le commandement exclusif de l'administration, pourraient recevoir des ordres des médecins dans l'exercice de leurs fonctions près des malades.

En somme, aujourd'hui, le directeur du service de santé, en raison de sa haute position hiérarchique et de ses fonctions, est responsable en fait devant l'autorité maritime de l'ordre, de la bonne tenue et de l'hygiène de l'établissement, mais c'est l'administration qui est chargée de les assurer. Les médecins, sans cesse en rapport avec les sœurs hospitalières, n'ont pas d'ordres à leur donner. Les agents divers, dont le plus grand nombre est affecté au jardin botanique et aux collections scientifiques, sont sous les ordres du commissariat,

doivent obéissance et respect aux sœurs, mais ne doivent rien aux médecins avec lesquels ils sont en rapport constant.

Enfin, les infirmiers, comme nous venons de le dire, dépendent du corps de santé, quand ils se trouvent dans les salles des malades, et obéissent au commissaire une fois qu'ils en sont sortis. Ces anomalies sont la source de difficultés sans nombre que les préfets maritimes, et parfois le ministre lui-même, sont appelés à trancher, et qu'il est indispensable de faire cesser dans l'intérêt du service et des malades.

Il faut donner à chacun les attributions qui lui reviennent. Tous les détails du service hospitalier sont du ressort de l'hygiène ou de la thérapeutique et rentrent à ce titre dans le domaine des médecins. Il est donc indispensable de leur fournir les moyens d'y pourvoir.

Le corps de santé doit être chargé de la direction et de la police de l'hôpital; il doit avoir autorité sur toutes les personnes qui y sont préposées. Le commissariat doit conserver la gestion administrative proprement dite, c'est-à-dire, la comptabilité, la constatation des recettes et des dépenses, la tenue des écritures qui s'y rapportent, et tout ce qui a trait aux marchés et fournitures. Il doit avoir sous ses ordres le personnel affecté à ces différents détails.

Le décret que j'ai l'honneur de vous soumettre, Monsieur le Président, a pour but de donner des bases solides à la réglementation du service des hôpitaux. En y apposant votre signature, vous ferez cesser un état de choses préjudiciable aux intérêts de tous et vous assurerez le bon fonctionnement d'un service qui ne saurait péricliter, sans porter atteinte à la santé et à la vigueur de nos équipages. Des arrêtés ministériels et des instructions viendront le compléter.

Ce rapport est suivi du décret suivant:

Le Président de la République française

Décrète :

Art. 1er. — Dans les établissements hospitaliers de la marine, la direction et la police appartiennent au corps de santé.

Elles sont exercées par le directeur du service de santé, ou, à son défaut, par l'officier du corps le plus élevé en grade.

Art. 2. — Il a sous ses ordres les médecins, les pharmaciens, les sœurs hospitalières, les infirmiers maritimes, les portiers-consignes, les gardiens-consignes et les gardiens du conseil de santé, les jardiniers botanistes, les garçons de pharmacie et les journaliers affectés à la propreté de l'hôpital.

Art. 3. — Le commissaire de l'hôpital est chargé de la comptabilité et de la tenue des écritures.

Il dresse les cahiers des charges relatifs aux achats à faire et assiste aux adjudications, tant pour fournitures que pour vente d'objets inutiles ou hors de service.

Il constate la recette et la dépense des hôpitaux, enregistre tous les mouvements de l'hôpital, entrées, sorties, évacuations, décès, et tient toutes les écritures qui s'y rapportent.

Il a sous ses ordres le personnel affecté à la comptabilité et aux écritures, c'est-à-dire les employés de commissariat, les agents comptable, les sœurs hospitalières chargées du mobilier, de la cuisine, de la lingerie et les agents divers préposés aux mêmes services.

Art. 4. — Les détails relatifs au fonctionnement du service hospitalier seront déterminés par un règlement du ministre de la marine.

Art. 5. — Toutes dispositions contraires à celles du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 6. — Le ministre de la marine est chargé de l'exécution du présent décret.

CORRESPONDANCE

Paris, 30 janvier 1882.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Vous avez publié dans votre dernier numéro sous ce titre « *Ulcération de l'humérale* » une observation instructive que M. de Gastel a recueillie dans le service du professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, au moment où j'avais l'honneur de le suppléer. Je tiens à noter toutefois que c'est précisément pendant une courte absence que j'ai faite, à l'occasion du Congrès médical de Londres, que ce malade a été opéré et que l'hémorrhagie est survenue.

Je vous serai obligé de publier dans votre prochain numéro ce supplément de l'observation, et d'agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Pozzi, agrégé.

NOUVELLES

Destitution d'un chirurgien-major. — Le *Télégraphe* annonce qu'une punition avait été infligée à un médecin militaire de l'hôpital de Carthage pour avoir envoyé au *Times* des renseignements sur l'état sanitaire des troupes. Cette nouvelle est confirmée par la dépêche suivante, que nous empruntons à l'*Union républicaine* :

Le *Times* a publié, il y a quelques jours, des renseignements très circonstanciés au sujet de l'hôpital de Carthage.

Le *Times* annonce aujourd'hui que les autorités militaires et médicales de Tunis se sont émues de cette communication, et qu'à la suite d'une enquête un chirurgien-major, attaché à l'hôpital, a reconnu qu'il en était l'auteur. Cet officier va être *mis en non-activité*. Il apprendra que tout est bien et qu'il n'y a rien à dire des casernes, des prisons, de l'alimentation, des pansements et des soins dans l'armée française. (*Paris médical*).

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Princ. 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 15 SAMEDI 4 FÉVRIER 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 15. Samedi 4 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

ASILE SAINTE-ANNE. — M. LE PROFESSEUR B. BALL.

De la folie religieuse.

Leçon recueillie par M. Amand CHEVALLEREAU.

(*Suite*) (1).

Messieurs, s'il est possible de voir éclater brusquement la folie religieuse dans des conditions dont j'aurai à vous parler bientôt, il n'en est pas moins vrai que les candidats à cette forme de délire présentent presque toujours dans leurs antécédents de fortes prédispositions à ce désordre intellectuel; et d'ailleurs, nés dans un milieu presque toujours saturé d'idées mystiques, ils reçoivent une éducation qui surchauffe à certains moments les exaltations du sentiment naturel.

Dans un grand nombre de monomanies, je pourrais presque dire dans la plupart des délires partiels, il est une formule qui s'applique *à la plupart* des sujets : La folie du malade n'est que l'hypertrophie de son caractère normal. Cette hypertrophie, vous la trouverez chez les aliénés religieux.

Voyons d'abord la naissance; l'aliéné mystique est né le plus souvent, de parents religieux et de bonne heure il s'est adonné à des pratiques assidues de piété. En second lieu l'éducation, comme nous l'avons déjà dit, joue ici un rôle des plus importants ; dès le début elle exerce une influence puissante sur le développement de l'individu. En formulant ainsi les origines de la folie religieuse, je ne veux pas attaquer l'esprit religieux en lui-même. Nous savons tous qu'il existe dans toutes les branches des connaissances humaines de puissantes intelligences qui allient une piété fervente aux dons intellectuels les plus précieux. Mais la plupart de ceux qui sont atteints de folie religieuse sont dès le principe des faibles d'esprit; leur intelligence médiocre s'attache surtout aux formes extérieures, aux petites pratiques de la dévotion, ce sont des gens adonnés aux dévotions puériles, ils perdent pied en présence des excitations de tous genres que leur apporte le culte religieux. Aussi voit-on parmi ces malades beaucoup de prêtres manqués, de pasteurs sans troupeau, de prédicateurs sans emploi. L'histoire de notre homme vient à l'appui de cette donnée.

(1) Voir *France médicale*, n° 12, p. 133.

C'est précisément ce qui arrive pour les fous religieux, mais ce serait une erreur de croire que tous les aliénés de cette espèce sont des faibles d'esprit. Parmi les fondateurs de religions dont plusieurs étaient des aliénés, il s'est trouvé de grandes personnalités, où tout au moins de puissantes intelligences; il me suffira de citer Luther et Mahomet. Mais ici, si les faibles d'esprit pèchent par défaut, les forts pèchent par excès. Luther et Mahomet étaient des malades. C'étaient des névropathes, qui ont dirigé vers les croyances religieuses leur suractivité cérébrale.

Le sujet ainsi préparé grandit. Il arrive à une époque critique, vous le savez, dans l'histoire de l'aliénation mentale, à la puberté. A ce moment, il se fait une sorte de *poussée* morale, qui les fait pénétrer en quelque sorte dans le vestibule de l'édifice pathologique; les idées de perfection naissent et se développent, un sentiment profond du péché se manifeste, les malades conçoivent un grand mépris de la vie et des intérêts terrestres. C'est à ce moment que se dessinent au plus haut degré les vocations religieuses qui poussent les garçons au séminaire et les filles au couvent.

A cette époque on peut déjà voir quelquefois se manifester les symptômes les plus graves; les hallucinations entrent en scène, surtout les hallucinations de la vue.

Les mystiques, en effet, ont assez souvent des visions célestes, et c'est ici un fait des plus importants.

Les hallucinations de l'ouïe viennent en général corroborer celles de la vue, mais plus tard, et les apparitions marquent une période plus avancée de la maladie. Je tiens à vous faire observer que chez notre malade c'est au contraire par les troubles auditifs que la maladie a commencé. C'est là une marche tout à fait exceptionnelle.

Quel que soit l'âge auquel débute la maladie, elle traverse une période d'incubation parfois assez longue. C'est à ce moment que se manifestent les insomnies opiniâtres pendant lesquelles le malade est si souvent visité par de célestes apparitions.

Des troubles divers du système nerveux viennent parfois se combiner aux premiers symptômes de cet état vésanique. L'hystérie, l'épilepsie, les extases, la catalepsie, ont été observées à ce moment; chez les femmes, la chlorose et l'aménorrhée, chez les hommes, l'hypochondrie viennent parfois compliquer la situation.

Mais ce qui caractérise essentiellement cette première période, c'est une profonde incapacité de travail, qui se marie à une inquiète activité. Les malades fréquentent avec assiduité les exercices religieux, entendent des sermons, suivent les missions; ils dévorent les livres de piété et ne quittent leurs pratiques de dévotion que pour se plonger dans des méditations profondes. Par une conséquence inévitable, ils abandonnent leur carrière et négligent leurs devoirs

professionnels, ils quittent leur famille et deviennent des membres inutiles de la société.

On voit, surtout chez les femmes, se produire à ce moment les signes d'une excitation sexuelle qui se manifeste de préférence à l'époque des règles. L'onanisme chez les deux sexes peut être alors une cause prédisposante des plus efficaces ou l'un des symptômes les plus fréquents de l'état morbide.

Il existe en effet un rapport presque constant entre la folie religieuse et l'excitation sexuelle, à tel point qu'on pourrait croire que ce sont les mêmes cellules cérébrales qui président aux deux phénomènes. C'est là, messieurs, le premier des grands caractères qui distinguent la folie religieuse des autres monomanies.

Souvent ces tendances érotiques se marient aux idées mystiques les plus exaltées. Plus d'une religieuse a choisi Jésus pour son amant, et le rôle de ce divin personnage n'est point toujours aussi purement immatériel qu'on pourrait le croire.

Je vous engage à relire l'observation si remarquable que mon maître, M. Moreau (de Tours) a rapportée dans un ouvrage célèbre (1).

Chez une vieille aliénée dont les confessions manuscrites ont passé sous mes yeux, l'amant choisi était l'apôtre saint Paul; je ne sais pourquoi ce grand défenseur de la chasteté avait été choisi dans cette circonstance, il n'en est pas moins vrai qu'il jouait auprès de cette mystique un rôle assez compromettant.

On comprend aisément, en tenant compte de ces habitudes d'esprit, pourquoi les folles religieuses se croient si souvent enceintes du Messie et prêtes à donner un sauveur au monde.

Mais j'empiète sur le domaine de la période d'état de la folie religieuse. Retenons seulement que les premiers caractères de la folie religieuse sont le mariage intime et constant des idées mystiques avec les idées érotiques.

La marche de la folie religieuse peut être divisée en trois périodes; la période de développpement, la période d'état, la période de déclin.

Souvent la folie éclate brusquement sans cause connue, mais, dans la plupart des cas, il existe une longue période de préparation dont je viens de vous tracer l'histoire.

L'explosion du délire se produit quelquefois à la suite d'excès sexuels ou d'abus solitaires. Mais elle résulte plus volontiers d'un *traumatisme moral*, d'une émotion pénible, d'un amour contrarié; d'autres fois, elle succède à une maladie plus ou moins grave ou bien à une série de veilles et d'abstinences prolongées qu'on peut regarder

(1) *La psychologie morbide*, p. 50.

comme l'équivalent d'une maladie. Telles sont, en effet, les conséquences de l'ascétisme. Les mystiques qui désirent se procurer des visions et qui se livrent à des macérations sans fin et sans nombre finissent presque toujours par atteindre leur but.

Enfin, une cause très fréquente de délire religieux, ce sont les missions, ce sont les sermons véhéments, ce sont les prédications qui peignent en vives couleurs les calamités de l'Eglise. Nous avons vu, il y a deux ans, à la clinique, une jeune fille de mœurs très pures qui s'imaginait qu'elle était devenue la maîtresse du diable depuis que son intelligence avait été profondément remuée par des sermons qu'elle avait entendus dans l'église des capucins.

Dans le nord de l'Irlande, en pays protestant, une épidémie de délire mystique se manifesta, il y a quelques années, à la suite de prédications destinées à amener un réveil religieux; et comme les jeunes filles et les enfants, qui fournissaient à l'épidémie le plus grand nombre de victimes, présentaient en même temps des phénomènes névropathiques divers, le peuple, qui n'y entend pas malice, donnait à cette maladie le nom de religion hystérique (*hyterical religion*).

Nous rencontrons ici le deuxième caractère essentiel de la maladie, elle est essentiellement épidémique et contagieuse, et, dans la prochaine leçon, je me propose de vous tracer rapidement l'histoire de quelques-unes des principales épidémies de ce genre qui se sont produites à des époques diverses.

Mais, comme toutes les autres variétés du délire, la folie religieuse peut offrir deux formes principales : la forme expansive et la forme dépressive.

Sans doute, le diable joue toujours un grand rôle dans les préoccupations des saints. Ils se trouvent constamment en lutte avec lui; ce n'est, il est vrai, que pour le vaincre et pour le chasser. Mais le rôle de Satan est tout autre quand il est le maître et qu'il tyrannise ses victimes. Au délire qui prend cette forme, on donne le nom de démonomanie. Nous étudierons cette variété de folie dans la leçon prochaine.

Dans la forme expansive, au contraire, la foi triomphe; mais sa victoire s'allie presque invariablement à des idées ambitieuses qui touchent, par certains côtés, au délire des grandeurs. Les femmes s'attribuent le rôle de mère de Dieu, les hommes sont prophètes, réformateurs, messies, et le malade que je vous ai présenté se contente du titre plus modeste de *chancelier divin*.

C'est là, messieurs, le troisième caractère essentiel de la folie religieuse, les idées ambitieuses.

Mais la période d'état de la théomanie est le règne de l'hallucination. Entouré de visions célestes, le malade voit le ciel entr'ouvert, la divine lumière l'enveloppe de ses rayons, et des créatures angéli-

ques s'empressent autour de lui quand il n'est pas assailli par des esprits infernaux.

Les hallucinations tactiles et surtout sexuelles occupent également une place importante parmi les symptômes de la maladie. Enfin, les hallucinations de l'ouïe venues plus tard complètent le délire en lui donnant un caractère de précision. Ce sont tantôt des révélations, ce sont des prophéties, ce sont des missions, ce sont enfin des ordres pareils à ceux que notre malade entend par l'oreille gauche.

Telle est l'origine du danger que présentent ces sujets. Ils ne se contentent pas toujours du rôle de prédicateurs et croient souvent devoir passer à l'action.

(*A suivre.*)

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GOSSELIN.

Erysipèle phlegmoneux chez une malade atteinte de néphrite interstitielle. — Mort rapide.

Par M. E. VALUDE,

Interne des hôpitaux.

Voici l'observation d'une femme, Rosalie B..., amenée le 24 octobre 1881, dans le service de M. le professeur Gosselin, et couchée *au n° 5* de la salle Sainte-Catherine.

Cette malade entre à l'hôpital de la Charité pour un érysipèle du bras droit, dont le début remonte à deux jours.

A la visite du soir, je constate un gonflement œdémateux de tout le membre avec une rougeur limitée à la partie interne du bras. En ce point les douleurs sont vives à la pression, mais nulle part on ne perçoit la mollesse spéciale au phlegmon diffus. Température axillaire 39,4. Le bras est entouré de cataplasmes.

Le lendemain, la rougeur envahit tout le bras déjà tuméfié. Dès lors les phénomènes généraux prennent une gravité extrême qui va rapidement en empirant. La langue est sèche, noirâtre et fendillée, la soif brûlante. Le pouls est petit; la température reste, le matin, à 39,4 et le soir à 38°.

La connaissance est encore conservée, mais la malade ne retient ni son urine ni ses matières fécales. Le membre tout entier est maintenu dans l'élévation et entouré de compresses imbibées d'alcool.

Le lendemain, le même traitement est continué, le doigt explorateur n'ayant pu faire découvrir de fluctuation. La rougeur érysipélateuse gagne du terrain et envahit successivement l'épaule droite, la région scapulaire, le dos. De larges phlyctènes pleines d'une sérosité rouge se développent aux points de départ de la phlegmasie, à la partie interne du bras et du coude.

Le matin et le soir la température se maintient à 38,6.

Le jour suivant M. Berger, déclarant l'intervention opportune, pratique dans les tissus enflammés cinq incisions qui ne donnent que du sang mêlé à de la sérosité, le pus n'étant pas collecté en foyer.

Les douleurs locales sont un peu calmées par cette opération, mais l'état général s'aggrave de plus en plus. La langue, torréfiée, est collée au plancher de la bouche, la soif est extrême le pouls petit, fréquent. Des troubles dans l'idéation et une certaine agitation ne tardent pas à se manifester.

Température le matin, 38°; le soir, 38,4.

Le lendemain la prostration devient extrême, les extrémités se refroidissent graduellement.

La température est, le matin, 36,2 ; à la visite du soir je trouve le malade dans un collapsus algide qui ne lui laisse aucune connaissance ; la température est de 36,1 et la mort arrive le soir à 8 heures, quatre jours après son entrée à l'hôpital.

A l'*autopsie* nous avons trouvé le poumon congestionné et le cœur gorgé d'un sang noir et fluide.

Le foie, augmenté de poids et de volume, semblait un peu gras.

Les reins, du poids de 225 grammes chacun, étaient gros, bosselés, blanchâtres.

L'examen histologique a fait voir une stéatose assez peu prononcée du foie et dans les reins une néphrite interstitielle arrivée à un degré assez avancé.

Cette observation nous a paru digne d'être rapportée à cause de l'action intéressante de la lésion des reins restée latente, sur une phlegmasie développée inopinément.

Nous voyons, en effet, cette néphrite, restée ignorée jusque-là, se révéler d'une manière importante à connaître en clinique par une modification dans la marche et dans l'allure de l'érysipèle phlegmoneux survenu chez notre malade.

La modification dans la marche consiste dans cette rapidité peu commune de l'affection qui emporte le malade en quatre jours et avec des phénomènes généraux en rapport avec cette marche foudroyante.

La modification dans l'allure est plus intéressante encore ; ici, en effet, le tableau des phlegmasies est singulièrement modifié par ce collapsus progressif et surtout par la marche décroissante de la température qui paraît contradictoire avec la nature inflammatoire de l'affection prédominante.

Le facies spécial, l'aspect desséché de la langue et surtout la baisse progressive de la température sont plusieurs signes qui, dans des cas analogues, devront diriger l'attention sur une complication rénale probable.

La question pronostique surtout me semble ici de la plus grande

importance, et si ces symptômes ont pu faire reconnaître ou soupçonner l'existence d'une lésion des reins restée ignorée, on devra tout au moins réserver absolument le pronostic.

A l'appui de ce fait, nous aurions à rappeler quelques cas analogues, cités fréquemment par M. le professeur Verneuil dans ses cliniques et notamment l'histoire d'un autre malade du service de M. le professeur Gosselin, mort également d'un érysipèle phlegmoneux développé autour d'un ulcère.

Chez celui-ci l'autopsie a fait reconnaître une néphrite interstitielle soupçonnée, mais que n'avait pas fait reconnaître l'examen des urines.

De même que la malade qui fait le sujet de notre observation, le dernier avait succombé assez rapidement en présentant une baisse notable de la température.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Anatomie pathologique et traitement des hémorrhoïdes. — Dans les numéros de *The Lancet* de juillet, août et septembre 1881, p. 169, 367, 496 et 538, M. John Gay expose complètement l'anatomie, la physiologie et le traitement des hémorrhoïdes. Pour lui, les hémorrhoïdes ne coexistent pas avec des altérations semblables des organes et des plexus veineux du voisinage. Il n'a jamais vu un seul cas dans lequel on pût rattacher un varicocèle à la même étiologie que les hémorrhoïdes; quelle que pût être la cause de ces dernières, et même dans les cas où les hémorrhoïdes étaient le plus étendues, il n'a jamais pu constater les signes d'une augmentation de pression dans les autres parties du système veineux. Les veines hémorrhoïdales et les veines du vagin peuvent être fortement distendues en même temps, pendant la grossesse ou lorsqu'il existe une volumineuse tumeur dans le bassin, mais ce fait n'est en rien contraire à cette idée que les veines hémorrhoïdales peuvent être, et qu'elles sont habituellement, seules envahies par les dilatations ou les varicosités.

M. Gay formule la proposition suivante comme le résultat de plusieurs années de recherches attentives : « Sur les membres, aussi bien que dans le rectum et même dans toute l'étendue de l'organisme, le système veineux est double: on y trouve un système profond se rendant aux muscles et, d'autre part, un système collatéral ou de compensation qui se rend à la peau et aux muqueuses. Les veines du premier ordre sont de beaucoup les plus volumineuses, elles constituent de véritables torrents relativement aux petits ruisseaux formés par les dernières. Les premières éprouvent très peu de variations dans leur parcours, au contraire les veines du second ordre offrent beaucoup de variétés à cet égard; elles peuvent se prêter d'une

manière presque illimitée à l'afflux du sang, soit en laissant dilater leurs parois, soit en se multipliant, s'il en est besoin.

M. Gay compare les veines hémorrhoïdales supérieures et les veines du voisinage, utérines, vésicales, prostatiques, à la crurale, les veines hémorrhoïdales inférieures et les vaginales aux saphènes, la première série étant en communication directe avec la veine iliaque primitive, veine centrale et musculaire, tandis que la dernière se rend dans le système porte à travers le mésentère, puis en traversant celui-ci et les veines hépatiques, jusque dans la veine cave. M. Gay montre un autre système de veines qui se rattachent aux veines cutanées ; elles ressemblent aux veines saphènes et, en général, au système des veines sous-cutanées ou muqueuses. M. Gay pense que les veines sus-hépatiques et les veines portes forment une partie d'un système de compensation destiné aux veines caves et que, par suite, leurs fonctions les rapprochent des veines superficielles dont les saphènes forment le type.

Le but de ces remarques est de montrer qu'il n'y a pas de raison anatomique qui prouve que les maladies du foie ou même que les maladies d'un organe quelconque placé entre le cœur et le rectum puissent être considérées comme prédisposant spécialement à la production des hémorrhoïdes. M. Gay classe de la sorte les altérations causées par les hémorrhoïdes : 1° varicosités anales ou plexiformes ; 2° varices hémorrhoïdales, sacciformes ou érectiles; ce sont les hémorrhoïdes vraies ; 3° varicosités hémorrhoïdales, ou veines hémorrhoïdales variqueuses. Dans la première de ces formes, il existe une distension des veines jusqu'au bord de l'ouverture anale ; elle coexiste généralement avec les hémorrhoïdes véritables. La troisième variété occupe les larges veines hémorrhoïdales; c'est alors qu'on trouve ces grosses veines sanguinolentes qui se voient souvent chez les hémorrhoïdaires et qui rampent sur l'intestin.

Au sujet du traitement M. Gay dit peu de chose, mais il s'élève contre les procédés de ceux qui veulent faire disparaître les hémorrhoïdes en provoquant avant toute opération des mouvements péristaltiques exagérés, parce que de cette manière on masque l'état dans lequel se trouvent réellement les parties. Le traitement préliminaire doit consister à placer le malade dans le meilleur état de santé possible et les parties dans le repos le plus complet avant l'opération et pendant quelques jours encore après celle-ci.

A. Ch.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1882. — Présidence de M. L. Labbé.

M. Verneuil offre, de la part de M. Reclus, un travail sur la syphilis du testicule.

A propos du procès-verbal, *M. Polaillon* apporte une pièce montrant la coïncidence qu'il avait signalée à la dernière séance entre l'éventration congénitale et l'absence de soudure des lames vertébrales, au niveau de la base du sacrum. Il connaît 5 ou 6 faits semblables.

M. Nepveu présente un malade à qui M. Verneuil a pratiqué la résection tibio-tarsienne en avril dernier et qui marche et court même sans difficulté.

M. Tillaux fait remarquer que cet opéré marche bien, quoique l'axe de la jambe et celui de la voûte palatine ne se correspondent pas.

M. Desprès fait observer que cela tient à l'ankylose.

M. Verneuil dit qu'il a toujours vu l'ankylose dans ces cas, qu'il ne fait rien du reste pour ne pas l'avoir, les mouvements de l'articulation médio-tarsienne suppléant ceux de la tibio-tarsienne absente.

Ablation des tumeurs du sein. — *M. Th. Anger* lit un rapport sur un travail de M. Kirmisson intitulé : Contribution à l'ablation des tumeurs cancéreuses du sein. L'auteur croit qu'il est toujours prudent, dans ces cas, de prolonger l'incision dans l'aisselle et d'enlever les lymphatiques et les plus petits ganglions qu'on peut y trouver, même quand le palper le plus attentif n'a rien fait découvrir de ce côté ; l'examen microscopique a démontré que les très petits ganglions qu'on pouvait enlever de cette manière étaient déjà infiltrés d'éléments néoplasiques.

Le rapporteur fait observer que cette idée se trouve déjà dans Velpeau qui ne l'appliquait pas à tous les cas, ce que voudrait M. Kirmisson, et qu'il la met en pratique ainsi qu'un grand nombre de ses maîtres et de ses collègues ; il lui manquait d'être formulée scientifiquement.

M. Sée croit que le rapporteur n'a pas rendu compte de toute la pensée de l'auteur qui veut que l'on procède de la manière qu'il a indiquée dans tous les cas.

M. Verneuil. La proposition de M. Kirmisson lui appartient en propre. L'origine de cette idée date de la grande discussion sur l'épithélioma de la langue. M. Kirmisson a transporté au sein la proposition émise par M. Terrillon d'enlever les ganglions sous-maxillaires en même temps que la tumeur linguale.

Il y a deux mois j'ai fait une extirpation du sein en suivant ce

précepte et j'ai trouvé malades de très petits ganglions que le palper à travers la peau ne m'avait pas permis de sentir.

M. M. Sée fait observer que l'idée d'enlever les ganglions sous-maxillaires appartient à Kocher.

M. Gillette ne croit pas le précepte de M. Kirmisson applicable à tous les cas, car il faudrait toujours vider l'aissselle et ne pas se contenter d'enlever les ganglions superficiels.

M. Le Fort. Il semblerait, à entendre ce qui vient d'être dit, que ce soit toujours du côté des ganglions que doive avoir lieu la récidive ; celle-ci se fait souvent soit sur la plaie ou la matrice ou à leur voisinage ; il ne croit pas, lui non plus, utile d'étendre ce précepte à tous les cas.

M. Cruveilhier. Pour éviter les récidives, il faut enlever le sein tout entier, comme l'a conseillé M. Verneuil depuis longtemps.

M. Verneuil. Il y a quelques raisons pour expliquer les récidives *in situ* ; c'est que toujours on n'enlève pas tout le sein, toute la peau qui a l'aspect de peau d'orange et cela pour avoir la réunion par première intention, si recherchée souvent à tort, et qu'on n'enlève pas l'aponévrose du grand pectoral. Ajoutez à cette pratique celle de M. Kirmisson, qui n'en est que l'extension, et vous aurez les plus grandes chances de ne pas voir de récidive sur place. Gross, de Philadelphie, a formulé les mêmes idées, sauf celle de M. Kirmisson, au dernier congrès de Londres.

M. Berger. Le procédé de M. Verneuil est bon, mais il n'empêche pas les récidives. M. Bœckel, de Strasbourg, en citait dernièrement un exemple. Je ne crois pas que la manière de faire de M. Kirmisson soit utile pour des femmes maigres et vieilles dont le sein est petit et ratatiné.

ERYSIPÈLE DANS SES RAPPORTS AVEC LE TRAUMATISME CHIRURGICAL. — *M. Verneuil* fait une communication sur trois faits destinés à attirer l'attention sur l'influence que peuvent avoir des attaques d'érysipèle sur le résultat d'opérations pratiquées ultérieurement, à une époque plus ou moins éloignée. En d'autres termes, il se demande ce qu'on peut avoir à craindre quand on pratique une opération à un malade qui a eu plus ou moins longtemps auparavant un érysipèle.

1er cas. — Homme alcoolique, atteint d'érysipèle de la face accompagné d'engorgement ganglionnaire rétro-sterno-mastoïdien qui suppure lentement. Incision au bout d'un mois. Deux jours après, érysipèle, mort.

2e cas. — Dame atteinte d'ostéite des os du pied, avait eu un érysipèle deux ans avant. Erysipèle ambulant à la suite d'une piqûre de morphine. Elle guérit ; mais, retour des douleurs et d'accidents inflammatoires indiquant l'amputation tibio-tarsienne.. Nouvel érysipèle. Hémorrhagies secondaires. Mort.

3e cas. — Un homme fort, très robuste, à qui je devais enlever un ganglion épithéliomateux de la région sous-maxillaire, est pris en septembre d'érysipèle de la face. Je l'opère en décembre. Il est bientôt pris d'érysipèle phlegmoneux du bras droit et puis de la jambe gauche nécessitant des incisions multiples. Au vingt-unième jour, il est atteint d'érysipèle de la face, et d'une partie du pharynx, et il mourait le vingt-neuvième jour avec une plaie opératoire presque comblée.

Les lésions anatomiques ou une lymphangite peuvent expliquer les récidives au même point, et c'est là le processus de l'éléphantiasis. Mais quelle explication donner pour des érysipèles récidivant dans d'autres régions que celles qui ont été primitivement atteintes?

M. Desprès ne croit pas qu'un érysipèle antérieur aggrave le pronostic d'une opération. Il cite deux cas où les malades opérés plusieurs fois ont eu des érysipèles à chaque opération et ont guéri, et deux autres cas où des malades atteints d'érysipèle à la suite d'une opération n'en ont pas eu à la suite d'opérations faites ultérieurement sur le même point ; du reste, on ne meurt pas d'érysipèle.

M. Sée cite un fait semblable aux derniers de M. Desprès.

M. Gillette cite le cas d'un malade opéré d'une tumeur de la joue qui fut pris d'érysipèle grave. A une deuxième opération pour une récidive de la tumeur, il eut un second érysipèle, mais moins grave et moins long que le premier, qui se compliqua néanmoins d'un vaste abcès de la nuque.

M. Verneuil est de l'avis de M. Desprès sur l'innocuité de l'érypèle dans les cas sporadiques, sauf quand les viscères sont malades.

L'érysipèle donne lieu quelquefois à de graves lésions du côté des viscères, qui n'emportent pas toujours les malades. Et c'est peut-être dans des lésions viscérales déterminées par des érysipèles antérieurs qu'il faut chercher la cause de la gravité de ceux qui viennent ensuite.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 6 au 11 février 1882.) — *Lundi*, 6. — Doctorat, 1er : MM. Béclard, Duplay et Remy. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Fournier et Budin.

***Mardi*, 7. — Doctorat, 3e : MM. Le Fort, Jaccoud et Legroux.**

***Mercredi*, 8. — Doctorat, 3e : MM. Regnauld, Baillon et Gay. — 5e (Charité) : MM. Parrot, Guyon et Budin.**

***Jeudi*, 9. — Doctorat, 4e : MM. Jaccoud, Brouardel et Grancher.**

***Vendredi*, 10. — Doctorat, 2e (2e, nouveau mode), 2e partie, physiologie : MM. Vulpian, Hayem et Remy. — 3e : MM. Gariel, Hanriot et Bocquillon. — 5e (Charité) : MM. Guyon, Fournier et Budin.**

Samedi, 11. — Doctorat, 4e : MM. Lasègue, Ball et Debove. — 5e (Charité) : MM. Richet, Pajot et Hallopeau.

Samedi, 11. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

SERVICE MÉDICAL DE LA MORGUE. — Le service des autopsies de la Morgue doit être prochainement réorganisé. Il sera, dit-on, entouré de précautions et de mesures exceptionnelles destinées à faciliter l'étude des causes de la mort.

Le personnel, dès maintenant réorganisé, se compose : 1° d'un médecin inspecteur, dont le traitement est fixé à 1,000 fr. par an ; 2° de deux médecins inspecteurs adjoints qui recevront un traitement annuel de 800 francs.

CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — Le congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa onzième session dans la ville de la Rochelle. Sa durée sera de huit jours, du 24 au 31 août 1882.

BIBLIOTHÈQUES MÉDICALES. — On sait qu'il existe depuis une quinzaine d'années, daans les différents hopitaux de Paris, des bibliothèques médicales à l'usage des internes.

Ces institutions sont actuellement au nombre de 18.

Malheureusement, les ressources de ces établissements, pourtant si utiles, sont maigres ; elles se bornent au produit des cotisations mensuelles payées par les internes. Aussi le conseil municipal a voulu leur venir en aide, en votant pour chacun de ces établissements une somme de 500 francs.

Les plus riches de ces bibliothèques sont celles de Bicêtre (2 400 volumes), Hôtel-Dieu (2 000 volumes), Salpêtrière (1 545 volumes), Tenon (2 200 volumes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. DOIN, *place de l'Odéon*, 8.

Leçons de clinique externe faites à l'hôpital de la Pitié (Service du professeur Verneuil), par le Dr TERRILLON, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; recueillies et rédigées par MM. LEROUX et René COLIN, internes du service. 1 vol. in-8 de 161 pages. Prix. 4 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, *rue Hautefeuille*.

Du traitement des fractures des membres, nouvelle méthode dispensant du séjour au lit et permettant le transport immédiat, sans douleur au moyen de nouveaux appareils en zinc laminé, par V. RAOULT-DESLONGCHAMPS, médecin principal de 1re classe à l'Ecole de cavalerie de Saumur. 1 vol. in-8 de 440 pages avec figures. 6 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 16 MARDI 7 FÉVRIER 1882.

LA
FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 16. Mardi 7 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 6 *février* 1882.

La séance annuelle de la Société centrale de l'association des médecins de France a eu lieu hier dans l'amphitéatre de l'avenue Victoria. La réunion était peu nombreuse ; c'est à peine si, en y comprenant le bureau, nous avons pu compter dans la salle quarante et une personnes.

La séance s'est ouverte par une allocution du président. M. le professeur Gosselin s'est félicité de l'état prospère de nos finances et du fait, très agréable à répéter, que la société ne délivre pas actuellement une seule pension viagère ; ce qui porte à penser que la position de fortune de nos confrères tend à s'améliorer, à Paris du moins. M. le président a bien fait allusion à deux points qui intéressent vivement le corps médical : la question des syndicats et les rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels, mais il s'est contenté d'une simple allusion. Pour cette dernière question, toutefois, il pense qu'on ne peut faire à Paris rien d'utile, sans doute à cause des compétitions multiples et des difficultés de la lutte *pour l'existence*, qui portent beaucoup de jeunes et même de vieux confrères à accepter les rémunérations dérisoires offertes par les sociétés, qui spéculent sur notre désintéressement et sur nos divisions

M. Piogey, secrétaire de la société centrale, nous a rappelé les vingt-neuf membres morts dans l'année courante et il a rendu hommage aux plus éminents d'entre eux : Bouillaud, Brierre, de Boismont, Briquet, Maurice Raynaud, Linas. Il a également rappelé l'histoire lamentable d'un jeune confrère, Réant, de Pruges (Pas-de-Calais), qui a succombé quelques jours après le début de sa carrière en soignant nuit et jour une famille atteinte de la diphthérie.

Quarante et une admissions ont été faites dans l'année, c'est une diminution de 16 sur l'année précédente ; cependant les jeunes médecins devraient, par l'exemple de Réant, voir combien il est utile de se faire immédiatement inscrire dans l'association.

M. Brun trésorier, a montré l'état florissant de nos finances et M. Chateau, rapporteur de la commission de vérification des comptes, s'est fait facilement applaudir en rappelant avec quel zèle M. Brun s'acquitte de ses fonctions.

A. Ch.

HÔPITAL NECKER. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR TRÉLAT.

Hernie crurale étranglée. Péritonite cinq jours après l'opération. Evacuation du liquide intra-péritonéal par une seconde opération. Guérison.

Par M. Robert JAMIN,
Interne des hôpitaux.

La nommée V... (Louise), 38 ans, journalière, entre le 24 octobre 1881 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, n° 10, dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Trélat, suppléé alors par M. Bouilly ; cette femme avait depuis cinq ans au moins une hernie crurale droite, qui sortait souvent avec les dimensions d'une petite noix, mais rentrait toujours aisément, sans avoir jamais été maintenue par un bandage.

A son entrée à l'hôpital, le lundi 24 octobre dans la soirée, la malade raconte que c'est la veille, vers cinq heures du soir, qu'à la suite d'efforts musculaires la hernie est sortie sans qu'elle pût la faire rentrer. Presque aussitôt elle fut prise de douleurs assez vives dans tout l'abdomen et de vomissements verdâtres incessants. Un médecin appelé n'essaya pas le taxis, mais fit transporter cette femme à l'hôpital Necker.

Le 25, mardi, vers 10 heures du matin, c'est-à-dire quarante heures environ après les premiers symptômes d'étranglement, la malade est vue par M. Bouilly ; les vomissements continuent toujours porracés, sans odeur fécaloïde manifeste. La malade est très agitée, très anxieuse et réclame l'opération immédiate.

Celle-ci est pratiquée tout de suite avec toutes les précautions de la méthode de Lister. La tumeur herniaire, sur laquelle on avait fait quelques légères tentatives de réduction, dès que la malade avait été dans la résolution chloroformique, est du volume d'une grosse noix environ. Après incision verticale, le sac apparaît assez volumineux et distendu par du liquide. Celui-ci, sans caractère particulier, s'écoule à l'ouverture du sac et on constate alors l'étranglement d'une petite anse intestinale, très étroitement serrée. Deux débridements avec le bistouri boutonné sont pratiqués sur le ligament de Gimbernat et, après avoir un peu attiré au dehors l'anse herniée pour être certain de sa parfaite intégrité et de son complet dégagement, on la rentre sans difficulté dans la cavité abdominale.

L'opération se termine par la ligature du sac avec un fil de catgut et la résection de la portion excédante. Drain à l'angle inférieur de la plaie ; quatre points de suture au fil d'argent ; pansement de Lister.

Le 26. La nuit a été bonne ; pas d'élévation de température ; les

vomissements ont complètement cessé depuis l'opération. Dans la journée, les règles apparaissent ; c'est d'ailleurs leur époque habituelle. Selle abondante le soir.

Le 27. Premier pansement depuis l'opération. L'étal local est aussi bon que l'état général ; suppuration à peine appréciable ; la réunion primitive semble s'effectuer. On renouvelle le pansement de Lister.

Le 29 octobre, la malade va très bien : réunion primitive de la plaie, sauf au point le plus déclive, où est placé le drain.

Le 30 octobre, dans la soirée, frissons violents, hoquets et vomissements ; élévation notable de la température (38°2).

Le 31 octobre, l'état s'aggrave : douleurs abdominales des plus intenses spontanément et à la plus légère pression ; les vomissements augmentent. Le soir, on découvre au-dessous du pli inguinal *gauche* une petite grosseur du volume d'une noix ; interrogée à ce sujet, la malade répond « qu'elle avait également à ce niveau une petite boule apparaissant de temps à autre et qu'elle croyait que c'était celle du côté droit qui se déplaçait... » Cette tumeur, douloureuse à la pression, sans changement de coloration à la peau, fortement tendue, mate, irréductible, semblant se prolonger par un pédicule dans la cavité abdominale, est vue dans la soirée par M. Campenon, qui remet au lendemain toute tentative d'intervention.

Le 1er novembre, phénomènes de péritonite évidents, mais de plus constipation absolue, vomissements sans caractère bien tranché, ballonnement du ventre... La tumeur de l'aine gauche n'a pas changé depuis la veille et présente toutes les apparences d'une hernie étranglée ; il semble difficile cependant d'admettre la succession de deux étranglements à quelques jours d'intervalle et sans cause provocatrice aucune.

Toutefois, en présence de l'état absolument grave, désespéré même de la malade qui n'a presque plus de pouls, on se décide à tenter une opération : c'est celle de la hernie étranglée. Par une incision verticale, on arrive sur une sorte de sac qui, ouvert ne contient ni intestin ni épiploon, mais un liquide rouge brunâtre, assez épais, de forte odeur fécaloïde ; la face interne de ce sac est tapissée par des fausses membranes récentes qui lui donnent un aspect velouté. Convaincu de la présence d'un liquide analogue dans la cavité péritonéale, dont le sac ne représente qu'un diverticule récemment isolé par des néo-membranes, M. Campenon dirige une sonde cannelée vers le collet du sac, qui se laisse traverser très facilement. Aussitôt se produit un écoulement abondant, en tout semblable au liquide initial ; on en recueille 150 grammes, mais on peut évaluer à 200 grammes, au moins, la quantité totale. On attend que cet écoulement cesse pour fermer la plaie par quelques points de suture,

après ligature du sac avec un fil de catgut. Drain, pansement de Lister. Température avant l'opération, 38,4; le soir, 38.

2 novembre. Les extrémités sont moins froides; la constipation a cessé; deux vomissements seulement dans la journée. Eau-de-vie, lait, champagne frappé, quatre injections sous-cutanées d'éther dans les vingt-quatre heures. La température baisse à 37°.

Le 3. Même état, mêmes prescriptions. T. 36°.

Le 4. L'état général redevient des plus graves; vomissements, constipation, collapsus; injections hypodermiques d'éther 4 fois par jour. Le thermomètre marque presque 38°.

Le 5. Le liquide brunâtre, dont l'écoulement avait cessé après la seconde opération, se remet à couler par le drain en très grande abondance. Etat général toujours grave, cependant dans la soirée il semble y avoir un peu de détente: plus de vomissements, deux selles abondantes. La température redescend au-dessous de 37°.

Le 6 et le 7. Même état.

Le 8. En pansant la plaie *de droite*, qui depuis une huitaine de jours ne donnait plus qu'un suintement séro-purulent insignifiant, on remarque qu'il se fait à ce niveau un écoulement de matières fécales très liquide (la malade a de la diarrhée depuis la veille).

Cet anus contre nature ou plutôt cette fistule stercorale persiste pendant six jours (du 8 au 14 novembre). Au bout de ce temps, l'écoulement fécal se tarit et cesse complétement; la plaie *de droite* se cicatrise alors assez vite et est absolument fermée le 24 novembre.

Quand au liquide brunâtre qui sortait en abondance par la plaie *de gauche* depuis le 5 novembre, il cesse de couler le 11 et ne reparaît plus; la plaie se ferme lentement.

L'état général si mauvais, désespéré même pendant plusieurs jours, s'améliore peu à peu malgré l'apparition et la persistance du muguet sur la muqueuse buccale. La malade qui ne se prête aucunement aux soins qu'on prend d'elle, se refuse même à manger pendant quelque temps. Quand elle s'y décide enfin, elle reprend des forces progressivement et peut quitter l'hôpital dans les premiers jours de janvier.

Le fait principal, à notre avis, qui ressort de cette observation, c'est l'amélioration incontestable, déterminée à deux reprises différentes par l'écoulement de ce liquide rouge-brunâtre, nauséabond, septique, venant manifestement du péritoine. Evacué chirurgicalement le 1er novembre, il se frayait ensuite de lui-même, cinq jours après, une issue spontanée; et, dans les deux cas, il se produisait presque immédiatement dans l'état si grave de la malade la première fois une détente momentanée, la seconde fois une amélioration qui aboutit ultérieurement à la guérison complète. La courbe thermométrique transcrit d'ailleurs très fidèlement les faits.

Quant à la nature du liquide, elle ne peut être, selon nous, mise en doute, étant données d'abord l'abondance et la persistance de l'écoulement, et ensuite la profondeur à laquelle a pénétré la sonde cannelée dans le collet du sac, pendant la seconde opération (1er novembre).

Sous quelle influence s'est développée la péritonite? C'est évidemment à la suite d'une perforation de l'intestin, laquelle se traduisait, du reste, quelques jours plus tard, par une fistule stercorale au niveau de la première incision. L'anse herniée, au moment de sa rentrée dans la première opération (25 octobre), avait, il est vrai, paru absolument saine à M. Bouilly et à tous les assistants. Mais il ne faut pas oublier qu'elle était très étroitement étranglée, et peut-être nous sommes-nous trouvés en présence d'un de ces cas, dont parle M. le professeur Gosselin, où les lésions ulcératives de l'intestin commencent par la muqueuse, la tunique séreuse péritonéale semblant intacte (1).

Ce fait nous a, en outre, permis de constater une fois de plus les résultats remarquables dus aux injections sous-cutanées d'éther, que dans le courant de l'année 1881 nous avons vu employer toujours avec succès dans le service de M. le professeur Trélat. Pendant trois jours, ces injections hypodermiques ont été, avec un peu de *champagne frappé*, la seule alimentation de notre malade.

Un dernier point enfin sur lequel nous croyons devoir insister, c'es l'absence totale de réunion du sac péritonéal sous l'influence de la ligature au catgut, aussi bien à droite qu'à gauche. À la même époque que notre malade, se trouvait, du reste, dans la même salle, une autre femme, opérée également de hernie crurale étranglée, et chez laquelle la suppuration de la plaie continua pendant plusieurs semaine jusqu'à l'issue du morceau de catgut qui avait servi à lier son sac. Mais peut-être faut-il seulement incriminer dans ces cas la mauvaise qualité du fil de catgut.

De la crise hématique, dans les maladies aiguës à défervescence brusque,

Par M. le professeur Hayem (2).

La fin des maladies aiguës s'accompagne d'une modification subite et profonde dans la constitution anatomique du sang. Ce phénomène

(1) « ... On peut trouver les parois encore intactes à son niveau (de l'étranglement), quelquefois même épaissies, mais la muqueuse est détruite dans sa totalité ou sur une partie de sa circonférence. Quelquefois, la musculeuse est détruite également, et il ne reste que la séreuse plus ou moins épaissie.... » : Gosselin. *Leçons sur les hernies abdominales*, 1865, p. 107.

(2) Note communiquée à l'Académie des sciences.

présente, par sa constance, par l'époque de son apparition, par son intensité, par sa durée éphémère, les caractères d'une véritable *crise*.

Il existe donc, en même temps que la crise thermique, la crise urinaire, une *crise hématique*, dans le sens moderne qu'on doit attacher au mot *crise*.

Dans cette première communication, nous ne comprendrons que les faits relatifs aux maladies aiguës à défervescence brusque, sans complication et terminées par la guérison. D'autre part, comme l'examen du sang révèle, même lorsqu'il est pratiqué uniquement à l'aide des procédés anatomiques, deux ordres d'altérations, celles qui portent sur la proportion des éléments et celles qui en atteignent la qualité, nous simplifierons encore cette étude en tenant compte presque exclusivement des fluctuations dans le nombre des éléments. Nous ne ferons intervenir, parmi les altérations qualitatives, que les fluctuations dans le contenu des globules en hémoglobine.

La crise hématique est caractérisée essentiellement par une accumulation passagère d'hématoblastes dans le sang.

A l'état normal, on compte en moyenne un hématoblaste contre 20 globules rouges. Tant que le sang évolue normalement, cette proportion reste à peu près constante. Dans le cours des maladies aiguës, le nombre des hématoblastes devenant relativement plus grand, elle s'abaisse sensiblement. Elle est alors représentée par des chiffres qui varient entre 18 et 12.

Puis tout à coup, à un certain moment, le nombre des hématoblastes augmente rapidement, tandis que celui des hématies reste à peu près invariable. En quarante-huit heures, le chiffre des hématoblastes est doublé; mais, vingt-quatre heures plus tard, il a déjà beaucoup diminué, et il ne tarde pas à revenir d'une manière définitive à son point de départ. Il en résulte que, lorqu'on représente les fluctuations dans le nombre des éléments du sang sous une forme graphique, la courbe des hématoblastes prend l'apparence d'un pic à sommet très aigu.

La crise hématique ne fait jamais défaut; elle est, de plus, si régulière dans son évolution qu'elle peut être mise à cet égard en parallèle avec la crise thermique.

Nous insisterons sur deux points principaux :

1° La crise hématique débute vers la fin de la maladie, en général, au moment où la température fléchit; elle atteint presque toujours très exactement son fastigium le jour où la température redevient pour la première fois physiologique, c'est-à-dire dès que la défervescence est complète.

Dans les fièvres éruptives, telles que la scarlatine et la rougeole, lorsque, après la défervescence qui suit la période d'éruption, les

malades conservent une température fébrile, la crise hématique atteint son acmé à la fin de la défervescence relative qui suit l'éruption.

2° Quels que soient le nombre initial des hématoblastes et celui des globules rouges, le rapport anormal constaté entre ces éléments à l'époque de la plus forte accumulation des hématoblastes est représenté presque toujours par le même chiffre.

Il est en moyenne de sept, et il n'oscille que dans d'étroites limites, comprises entre huit et six.

Ces modifications quantitatives dans la constitution du sang, observées pendant le cours de la défervescence critique, ont une signification précise.

En nous appuyant sur nos recherches antérieures, nous en proposerons l'interprétation suivante :

Ceux-ci atteignent, en général, leur minimum au début de la crise hématique, au moment où les hématoblastes commencent à s'accumuler dans le sang; puis ils se multiplient progressivement pendant le cours même de la crise et surtout au fur et à mesure que les hématoblastes retombent à leur chiffre initial.

Mais ces globules rouges de nouvelle formation sont moins riches en hémoglobine que les hématies normales et adultes. Aussi la valeur *globulaire*, peu influencée pendant le cours de la maladie, diminue-t-elle assez brusquement d'une manière notable sous l'influence de la néoformation d'éléments qui restent pendant un certain temps incomplètement développés.

Le sang présente alors les caractères de l'anémie légère ou de moyenne intensité, et il les conserve pendant toute la durée de la convalescence.

La crise hématique est donc, en définitive, un fait d'évolution ; elle représente l'effort de réparation sanguine qui survient à la fin des maladies aiguës.

Pendant le cours des maladies aiguës, la rénovation sanguine est entravée; elle est, en tout cas, moins active qu'à l'état sain. Mais, au moment où le cycle morbide arrive à son terme, il se fait un effort de réparation qui débute par une production abondante de globules rouges nouveaux, c'est-à-dire d'hématoblastes.

Bientôt ces éléments, encore imparfaitement développés, se transforment en hématies, et la proportion entre les hématoblastes et les globules rouges redevient progressivement normale. Ce n'est toutefois qu'au bout d'un temps relativement assez long, alors que les malades sont en pleine convalescence, que l'équilibre sanguin se rétablit complètement.

Dans toutes nos observations, deux faits très importants confirment cette interprétation. Ils nous sont révélés par l'étude des fluctuations

dans le nombre des hématies d'une part, et de l'autre par celle des modifications de la richesse de ces éléments en matière colorante.

En effet, l'augmentation dans le nombre des hématoblastes est suivie, comme après les pertes de sang, d'une multiplication notable des globules rouges.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Traitement de l'hypopyon par le massage de l'œil. — En pressant doucement et en exerçant de légères frictions sur le globe de l'œil à travers la paupière inférieure, le Dr *Just* est arrivé à disséminer la collection purulente dans la chambre antérieure, puis à la mélanger complètement avec l'humeur aqueuse (*Centralbl. für prakt. Augenheilk.*, juin 1881). Dans plusieurs cas d'hypopyon traités de la sorte, il a vu la résorption se faire d'une manière exceptionnellement rapide.

Hirschberg ajoute à ce travail une note sur les effets que l'on obtient en faisant coucher le malade alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche et en le faisant changer de position toutes les heures ; on provoque ainsi une résorption également rapide, lorsque l'hypopyon est mobile.

Traitement de l'iritis par le salicylate de soude. — Le docteur *Chisholm* (*Centralbl. für prakt. Augenheilk.*, juin 1881) a donné de fortes doses de ce médicament dans les cas d'épisclérite aiguë et d'iritis, même dans les cas spécifiques où l'usage prolongé du mercure et de l'iodure de potassium n'avait pas donné de résultats satisfaisants. Il employait en même temps les mydriatiques. Le salicylate de soude était administré toutes les trois heures, la dose s'élevait de 9 à 12 grammes dans les vingt-quatre heures. On diminuait les doses dès que l'iritis marchait vers la guérison ; d'autre part, à cause des inconvénients de ce médicament, on en suspendait l'emploi dès le deuxième ou le troisième jour, si on n'en avait pas retiré un bénéfice évident.

Action du nitrite d'amyle dans la thérapeutique oculaire. — Deutschmann a publié dans les Archives de Græfe (Band. XXVII, Heft, I), trois cas dans lesquels une affection du nerf optique avait été améliorée par l'usage de ce médicament. *Samelsohn* rapporte un cas semblable (*Centralbl. fur die prakt Augenheilk.*, juillet 1881). Une femme mariée de 36 ans était subitement devenue fortement amblyope de l'œil droit au moment même où elle avait son retour de couches, trois mois après un accouchement normal. Huit jours plus tard l'amaurose était devenue complète.

La pupille droite ne réagissait pas sous l'influence de la lumière,

bien qu'elle se contractât encore pendant les efforts d'accommodation; la papille était plus pâle que du côté gauche, mais il n'y avait pas d'atrophie et les bords en étaient très nets.

Les gros vaisseaux de la rétine étaient nettement plus petits que de l'autre côté. On fit inhaler à la malade six gouttes de nitrite d'amyle; on vit se produire rapidement une congestion de la face et en même temps une injection manifeste de la pupille droite fut observée par le Dr Samelsohn et vérifiée par le professeur Rothmund.

Immédiatement après le retour de la sensibilité s'opéra sur une partie de la rétine. Chacune des inhalations successives amena de même une amélioration. Enfin, après quelques injections de strychnine, la pupille redevint très-mobile, et l'on put constater que l'acuité visuelle et le champ visuel avaient repris toute leur intégrité.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 22 décembre 1881. — *Présidence de M. le professeur* BALL.

La séance est ouverte à huit heures et demie.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté,

A l'occasion du procès-verbal, *M. le président* rappelle les succès obtenus, au concours des prix de l'internat, par les membres de la Société qui, sur huit nominations à distribuer, en ont remporté six, dont la médaille d'or (M. Chauffard), et la médaille d'argent (M. Thibierge). Ces résultats, qui se reproduisent tous les ans, prouvent que le titre de membre de la Société clinique est recherché par ce qu'il y a de plus distingué dans l'internat.

M. Garcia Lavin communique une observation intitulée : *Anévrysme artério-veineux de la crosse aortique et de la veine-cave supérieure.* (Sera publié.)

M. Ball fait ressortir, d'une part, la rareté du fait, d'autre part la netteté des symptômes, qui donnent au diagnostic une complète évidence. Il est regrettable qu'on n'ait pas étudié de plus près les voies de rétablissement de la circulation.

M. Thibierge fait connaître une observation de *glossite unilatérale.* (Voir *France médicale*, n° 2, p. 14.)

M. Damaschino. Je voudrais savoir s'il y a eu une élévation de la température générale, et s'il est bien prouvé que cette affection ait eu un caractère véritablement inflammatoire. J'observe actuellement un individu très nerveux, qui a déjà eu plusieurs attaques violentes de névralgie faciale, et qui depuis hier présente une tuméfaction congestive, exactement limitée à la moitié de la langue. Cette affection a tous les caractères d'une hémiglossite, mais il n'y a ni fièvre, ni

chaleur, ni aucun phénomène inflammatoire : je crois donc qu'il s'agit simplement d'un trouble vaso-moteur.

M. Thibierge. Chez notre malade au contraire, les phénomènes fébriles et inflammatoires ont été d'une netteté extrême ; il y a même eu une éruption d'herpès sur les deux côtés des lèvres.

M. Ball. N'ayant pas vu le malade, je n'oserais décider la question soulevée par M. Damaschino ; mais il est certain que dans l'hypothèse d'une inflammation on s'explique difficilement la limitation exacte de l'affection à une moitié de la langue ; en effet, si les parties profondes sont séparées par une cloison fibreuse propre à servir de barrière au travail morbide, il n'en est pas de même de la muqueuse, dont l'appareil vasculaire est parfaitement continu d'un côté à l'autre. J'incline donc à penser qu'il s'agissait d'un trouble vasomoteur, du même ordre que ceux observés dans les névralgies.

M. Bourcy présente une observation de *nodosités rhumatismales éphémères*. (Voir *France médicale*, nº 5, p. 49.)

M. Reynier. Il est à remarquer que les petites poussées de fluxion périostique, ou plutôt sus-périostique, qui se produisent parfois chez les rhumatisants, sont en général très douloureuses. Celles observées par M. Bouley étaient au contraires indolentes ; c'est là un fait très anormal. Je rappellerai en outre que ces petites nodosités périostiques ont été signalées, bien avant MM. Troisier et Brun, par Chomel, dans une leçon clinique qui semble être oubliée, comme beaucoup d'autres travaux du même maître.

M. Bourcy. L'un des points intéressants de notre observation est précisément la localisation peu habituelle des nodosités, qui n'étaient pas exclusivement périostiques, mais répandues également le long de certains tendons et en d'autres points éloignés du périoste.

M. Berne fait connaître un cas d'*amputation spontanée*.

La séance est levée à dix heures.

Le secrétaire des séances,
H. BARTH.

NÉCROLOGIE

BUSSY (Antoine-Alexandre-Brutus), né à Marseille en 1794, est décédé à Paris, le 1er février 1882, dans sa quatre-vingt-huitième année.

Il était l'un des doyens de l'Académie de médecine dont il fut élu membre le 6 juillet 1824. Il était pharmacien depuis longtemps déjà et professeur de chimie à l'Ecole de pharmacie, lorsqu'il se fit recevoir docteur en médecine le 11 avril 1832 (*De la pleurésie*). Peu après, il concourut pour l'agrégation dans la section des sciences accessoires et soutint sa thèse sur la *Comparaison de la classification des corps organisés et inorganiques*. Il fut nommé à ce premier concours qu'il soutint d'une façon brillante et dans lequel le professeur Bouchardat fut l'un de ses rivaux.

Comme agrégé, Bussy appartenait à la Faculté de médecine depuis quelques années, lorsqu'il concourut en 1838 avec MM. Bouchardat, Baudrimont et Dumas pour la chaire de chimie organique qu'obtint ce dernier. La thèse de Bussy avait pour titre : *Des diverses altérations de l'urine dans les maladies et des calculs urinaires.*

En 1840, il remplaça Bouillon-Lagrange, comme directeur de l'Ecole de pharmacie.

En 1850, il fut élu membre associé de l'Académie des sciences, en remplacement de Francœur.

Comme chimiste, Bussy jouissait d'une réputation méritée. La science lui est redevable de travaux importants faits par lui seul ou bien en collaboration. Beaucoup ont été publiés dans les Annales de physique et de chimie et dans le Journal de pharmacie. Nous pouvons citer : Recherches sur la saponaire d'Egypte (1833). — Mémoire sur l'aldéhyde œnanthylique ou œnanthol. — Moyens de liquéfier l'acide sulfureux, le chlore et plusieurs gaz. — De la distillation des corps gras, en collaboration avec Lecanu (Mém. Acad. des sciences). — Action des alcalis sur les corps gras à haute température (couronné par l'Académie des sciences, 1833). — Mémoire sur le radical métallique de la magnésie. — Du charbon considéré comme matière décolorante, etc.

Son principal ouvrage a pour titre : *Traité des moyens de reconnaître les falsifications des drogues simples et composées et d'en constater le degré de pureté* (en collaboration avec Boutron Charlard). Paris, 1829.

Bussy était membre du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, directeur honoraire de l'Ecole de pharmacie et officier de la Légion d'honneur (16 juin 1856).

Bussy était un homme scrupuleux dans toutes les fonctions qu'il était appelé à remplir ; il était essentiellement honnête et bienveillant et d'une grande dignité de caractère. Il vivait au milieu des siens et tenait encore à la Faculté de médecine par son gendre et son petit-fils, l'un professeur de clinique chirurgicale et l'autre prosecteur. A. CORLIEU.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 1er au 2 février 1881.

OLLIER. Contribution à l'étude de la névrite ascendante et des paralysies réflexes. — DAUVÉ. Des périostoses de l'omoplate. — D'ALBUQUERQUE. De l'étiologie de la pellagre. — BOUDE. Essai sur la dyspepsie dans la tuberculeuse chronique.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret ont été nommés chevaliers, M. Hodout médecin de première classe de la marine ;

M. le Dr Renault, adjoint au maire de Cherbourg.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret en date du 26 janvier 1882, les fonctions de secrétaire agent comptable près la Faculté de médecine de Paris sont supprimées, M. Pinet est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

Il est institué près cette Faculté : 1° un secrétaire ; 2° un agent comptable :

Sous l'autorité du doyen, le secrétaire tient toutes les écritures et fait la correspondance de la Faculté, pour tout ce qui ne touche pas à la question financière. Sous la même autorité, l'agent comptable est chargé des recettes et des dépenses ; il surveille l'emploi des fonds pour frais de cours, travaux pratiques, collections ; il est préposé à l'entretien du matériel.

Le secrétaire est nommé par le ministre de l'instruction publique. L'agent comptable est nommé par le ministre de l'instruction publique et commissionné par le ministre des finances. M. Pupin est nommé secrétaire de la Faculté, M. Dumoulin est nommé agent comptable de ladite Faculté.

Faculté de médecine de Lyon. — La Faculté de médecine de Lyon vient de proposer, par quinze voix sur vingt-deux votants, pour la chaire vacante de médecine opératoire, M. le Dr Poncet, professeur agrégé et chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu. En 2e ligne M. Fochier, en 3e ligne M. Letiévant.

Commission de l'hygiène des écoles. — Par arrêté ministériel, MM. les Drs Gariel, Gavarret, de Saint-Germain, Javal, Onimus, Panas, Maurice Perrin, Riant, Trélat et Worms sont nommés membres de la commision de l'hygiène des écoles près le ministère de l'Instruction publique.

Nécrologie. — Le Dr Floquet (Henri), maire de Custines (Meurthe-et-Moselle), est décédé brusquement le 19 janvier, à l'âge de 37 ans.

Maladies des organes génito-urinaires. — M. le Dr J. Langlebert commencera le lundi 13 février, à 1 heure, à sa clinique, boulevard Saint-Germain, 93, une série de conférences de clinique thérapeutique sur les maladies des organes génito-urinaires.

Bulletin de la mortalité *du* 27 *janvier au* 2 *février* 1882. — Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 11. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 64. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 4. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 59. — Phthisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 74.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 78.

Bronchite aiguë, 53. — Pneumonie, 146. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 28 ; au sein et mixte, 32 ; inconnu, 8. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 107 ; l'appareil circulatoire, 88 ; l'appareil respiratoire, 115 ; l'appareil digestif, 55 ; l'appareil génito-urinaire, 28 ; la peau et du tissu laminenx, 6 ; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; fièvre infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 3. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 11. — Nombres absolus de la semaine, 1.289.

Résultats de la semaine précédente : 1.265.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, Suc', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 17 JEUDI 9 FÉVRIER 1882.

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 17. Jeudi 9 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

ASILE SAINTE-ANNE. — M. LE PROFESSEUR B. BALL.

De la folie religieuse.

Leçon recueillie par M. Amand CHEVALLEREAU.

(*Suite et fin*) (1).

Parmi les violences que peut exercer l'aliéné religieux, les plus fréquentes sont celles qu'il exerce sur lui-même. Rien de plus habituel que les mutilations chez les adeptes de la théomanie.

On connait l'histoire de ce paysan fanatisé qui, après avoir entendu prêcher des missions en Bretagne, quitta sa famille et ses affaires pour mener une vie errante daus la campagne. Un soir, il entre dans une maison où une assemblée nombreuse était réunie ; il raconte avec une éloquence primitive les souffrances qu'il endure volontairement dans sa nouvelle existence pour l'amour de Dieu, il arrache des larmes à l'assistance, puis tout à coup il s'écrie : « Jésus-Christ m'est apparu et m'a dit : Comme j'ai donné mon corps tout entier pour ton salut, je t'ordonne de me sacrifier ta main gauche ! Et je l'ai fait, » ajoute-t-il. A ces mots, il dégage de son manteau son bras gauche entouré de linges sanglants, puis arrachant les lambeaux de ce pansement, il montre aux assistants effrayés et surpris un moignon sanglant ; il venait, en effet, de s'abattre la main gauche, et sans les secours empressés qu'il reçut, il serait mort probablement par hémorrhagie.

Parmi les mutilations que s'infligent volontairement ces aliénés, l'une des plus fréquentes est la castration. L'un des plus zélés défenseurs du christianisme primitif, Origène, nous en a donné l'exemple ; et l'on sait qu'il existe en Russie une secte assez nombreuse, les *skoptzi*, pour lesquels l'extirpation, complète ou non, des parties génitales est un acte de foi.

Il est une autre torture que les malades se plaisent souvent à s'infliger, c'est la crucifixion ; et sous ce rapport ils jouent tantôt un rôle actif, tantôt un rôle passif. Plus d'un aliéné a cloué ses propres enfants sur la croix. Plus d'un aliéné s'est crucifié lui-même et, avec une ingéniosité perverse, après s'être servi de la main droite pour s'enfoncer des clous aux deux pieds et à la main gauche, il a trouvé même moyen de se transpercer la main droite, restée seule libre.

Mais ce sont là des manifestations destinées, le plus souvent, à réveiller l'attention d'un public indifférent. Il n'en est pas de même du suicide, l'une des manifestations les plus fréquentes de la théomanie,

(1) Voir *France médicale*, n°s 12 et 15, p. 133 et 169.

ni de l'assassinat auquel ces malades sont souvent poussés par une voix mystérieuse.

Un paysan allemand croit devoir renouveler le sacrifice d'Abraham sur la personne de son fils unique, âgé de 14 ans; chose étrange, l'enfant y consent, et il est égorgé par son propre père.

On connaît aussi l'histoire de cette dame qui, réveillée au milieu de la nuit par une apparition céleste, vit un ange qui lui ordonnait d'envoyer au ciel sa petite fille âgée de 18 mois. Elle se leva, et après avoir couronné son enfant de roses blanches, elle prit un couteau et lui ouvrit le cou.

L'un des faits les plus connus de cette tendance homicide est celui que rapporte Esquirol. Un malade, enfermé depuis de longues années, croyait avoir le don de reconnaitre ceux qui étaient en état de grâce. Il éprouvait aussitôt le désir de les égorger pour les envoyer droit en paradis. Il leur disait alors sur le ton de la plus parfaite bienveillance : *Approchez que je vous tue.*

Un malheureux infirmier, qui passait un jour à sa portée, fut assommé avec un pot à tisane en étain; il eut une fracture du crâne et mourut quelques heures plus tard.

Enfin pour compléter la série de leurs délits, les aliénés religieux sont souvent poussés à mettre le feu.

On le voit donc, les malades de cette catégorie peuvent toujours être dangereux, surtout quand ils ont des hallucinations ; il est donc toujours utile de les enfermer; il n'en est pas moins vrai que plusieurs d'entre eux restent parfaitement inoffensifs jusqu'à la fin de leur vie; mais on a toujours raison de s'en défier.

Au milieu de sa carrière triomphale. semée de visions célestes, et pendant laquelle l'illuminé ne voit chez tous ceux qui contestent sa mission divine que des suppôts du diable et des serviteurs de l'enfer, il lui arrive plus d'une fois, et c'est là un caractère important de sa manie, d'éprouver des accès violents de doute et de désespoir. Dieu les abandonne, Dieu ne les a jamais appelés. Le démon les assiège ; ils ont un sentiment profond de leur propre indignité, et se croient incapables d'accomplir la mission providentielle dont ils sont chargés. Ils redoublent alors de ferveur, de prières et de macérations, et bientôt les effets de ce régime se font sentir. Plus d'un mystique, privé momentanément de ses visions célestes, a fait renaître ses hallucinations en se livrant au jeûne, à l'abstinence et à l'exaltation. La maladie reprend alors son cours ordinaire.

La durée de la période d'état dont nous venons de parler peut être extrêmement longue. Elle couvre souvent une surface de plusieurs années. Mais placés dans des asiles ou entourés de conditions favorables, ces malades, après un certain laps de temps, tendent à se calmer. L'insomnie disparaît, la santé physique s'améliore, l'esprit

se repose et bientôt ils arrivent à une sorte de résignation paresseuse qui constitue la troisième période de la maladie. A ce moment, ils subissent, disent-ils, un temps d'épreuve, mais leur martyre portera ses fruits, l'heure marquée viendra et ils sortiront triomphants de la captivité où ils étaient retenus. En attendant, ils vivent souvent en bonne intelligence avec leurs camarades et leurs gardiens et se rendent utiles dans l'intérieur de la maison. Néanmoins ils sont toujours dangereux et l'on doit les surveiller de très près.

Mais peu à peu les hallucinations s'évanouissent, le délire devient moins actif, les facultés intellectuelles s'émoussent et le malade verse peu à peu et par une pente douce dans la demi-démence ; les idées fixes persistent au moins à l'état de vestige pendant fort longtemps, mais l'usure cérébrale a produit ses effets et l'activité du délire s'est complétement engourdie.

Le pronostic de la théomanie est extrêmement grave, les guérisons sont rares, mais on voit assez souvent des rémissions temporaires. C'est ce qui explique pourquoi tant d'hérétiques, après avoir reconnu leurs erreurs, sont retombés de nouveau dans les mêmes idées et ont été livrés par l'église, comme relaps, au bras séculier. C'étaient le plus souvent des malades qui, après avoir déliré plus ou moins longtemps, étaient revenus provisoirement à la raison et avaient éprouvé plus tard une rechute dont ils avaient été punis avec toute la rigueur des lois.

Il nous reste maintenant à parler de la forme dépressive de la folie religieuse, qui est le plus généralement connue sous le nom de *démonomanie*; ce sera l'objet de notre prochaine leçon.

HOPITAL BEAUJON. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR LE FORT.

Lithotritie rapide par la méthode de Bigelow. Calcul phosphatique de 2 cent. 1/2 de diamètre broyé dans une seule séance ayant duré vingt-trois minutes. Guérison.

Par M. CARAFI,

Interne des hôpitaux.

Le nommé Pain (Charles), 33 ans, domestique, né à Jumeau, département des Deux-Sèvres, entre le 24 octobre 1881, dans le service de M. le professeur Le Fort, à l'hôpital Beaujon, salle Saint-Denis, n° 36.

Antécédents. — C'est en 1871 que le malade a commencé à rendre du sable phosphatique; sa gravelle a duré sans modification appréciable jusqu'en 1875.

Le malade suppose, d'après les symptômes éprouvés, que son calcul remonterait à cette époque ; il éprouvait alors des interruptions brusques dans la miction (interruptions qu'on pourrait aussi attribuer à la présence de graviers dans l'urèthre).

De 1871 à 1878, le malade a été soumis au traitement par l'eau de Vichy artificielle.

En 1879, il fait à Vichy une cure de vingt-cinq jours de durée, (Sources Hôpital et Célestins).

En 1880, deuxième saison à Vichy.

Sous l'influence de ce traitement, la pesanteur au périnée et la cystalgie se sont atténuées ; pendant la cure, le sable avait disparu des urines pour reparaître aussitôt après le départ de Vichy.

Ajoutons toutefois que la deuxième saison a été moins efficace et que le malade en a tiré un soulagement beaucoup moins durable.

Les douleurs périnéales ayant continué à augmenter, de même que le trouble dans la miction, le malade a été adressé par son médecin ordinaire à M. Le Fort.

Etat actuel. — Douleur, pesanteur périnéale augmentant par la marche, les courses en voiture ; pendant la miction, le malade voit quelquefois le jet d'urine s'arrêter brusquement, avec sensation de douleur aiguë, qui se propage le long de l'urèthre jusqu'au gland.

Le malade n'avait jamais été sondé. Après avoir pris les précautions nécessaires, on pratique le premier cathétérisme explorateur le 28 octobre : le diagnostic de calcul est confirmé. La quantité des urines est normale, de 1500 à 1800 grammes ; elles contiennent un peu de mucus et ne sont nullement albumineuses.

3 novembre. M. Le Fort décide d'opérer le malade par la lithotritie de Bigelow. Mais comme le calibre de l'urèthre est assez étroit, et que le méat offre de très petites dimensions, on commence le traitement par la dilatation progressive, à l'aide des sondes de Béniqué.

Le 5. On introduit les numéros 35 à 39 de la série Béniqué.

Le 7. On introduit un lithotriteur et on constate l'existence d'un calcul unique de 2 1/2 centimètres de diamètre.

Le 12. On continue les séances de Béniqué ; on arrive au numéro 48. Le seul obstacle à l'introduction de numéros plus forts étant l'étroitesse du méat, M. Le Fort en pratique le débridement. Cette séance a été suivie d'un accès fébrile qui a été combattu par le sulfate de quinine (1 gr.).

Le malade prend un bain simple tous les deux jours.

Le 24. On pratique la lithotritie après anesthésie complète.

Le calcul est broyé sans beaucoup de difficulté ; chacun des fragments est repris et broyé à son tour.

On introduit la sonde de Bigelow, on adapte l'appareil, pour injecter de l'eau dans la vessie et la réaspirer ; les fragments de calcul se collectent dans le réservoir.

On introduit de nouveau le lithotriteur pour saisir et broyer les fragments, qui auraient échappé dans le premier temps de l'opération ; on termine par un nouveau lavage de la vessie.

La durée totale de l'opération a été de vingt-trois minutes. Le soir, pas de fièvre, pas de douleur, si ce n'est pendant la miction, qui est, d'ailleurs, beaucoup plus facile.

Le 25. Apyrexie complète; le malade se trouve très bien. Il a rendu quelques fragments très ténus de son calcul. Les urines contiennent un peu plus de mucus qu'à l'ordinaire.

Le 30. On fait un lavage supplémentaire avec l'appareil de Bigelow, pour s'assurer qu'il ne reste plus rien du calcul dans la vessie. Malgré tous les soins, on n'obtient pas le moindre fragment; la vessie est libre.

Ce cathétérisme et ce lavage ont été suivis d'un violent accès fébrile qui a duré vingt-quatre heures. Sulfate de quinine 1 gr. continué le lendemain.

1er décembre. Apyrexie.

Le 5. La guérison peut être considérée comme achevée. Les urines ne contiennent plus de mucus; elles sont normales.

Le 7. Frisson, fièvre intense le soir, douleur périnéale vive. Au toucher rectal, on constate que la prostate est très douloureuse. Le malade souffre beaucoup en urinant.

Le 9. Au matin, l'abcès prostatique s'est ouvert spontanément dans l'urèthre ; une quantité notable de pus s'est écoulée par le méat. Soulagement immédiat et complet; la miction est presque indolente. L'écoulement du pus a été abondant pendant vingt-quatre heures. Depuis, il a diminué sensiblement.

Le 15. L'écoulement est réduit à une goutte de pus. Le malade ne souffre plus en urinant; ce n'est que lorsqu'il retient longtemps ses urines que la miction s'accompagne d'une très légère douleur.

Le 16. Douleur nulle; état général très bon. Le malade se lève et marche sans souffrir. La guérison est définitive.

Le 19. Cathétérisme explorateur. Il ne reste pas la plus petite trace de calcul dans la vessie.

Le 20, P... quitte l'hôpital parfaitement guéri.

Réflexions. — Voilà, ce me semble, une preuve à ajouter aux autres de la simplicité du traitement des calculs de la vessie par la méthode de Bigelow, toutes les fois que, par une préparation convenable, on aura mis le malade dans les meilleures conditions opératoires. Il va de soi qu'il est très important de se bien enquérir de l'état de la vessie et des reins par l'examen bien fait des urines. Lorsque les voies urinaires seront en bon état, le résultat de l'opération sera lui-même satisfaisant. Quant à la durée de la séance unique, nous avons entendu dire à M. Le Fort qu'avec un peu d'habitude de l'instrument on peut la réduire encore beaucoup ; et la chloroformisation lui paraît une condition favorable, dont il ne faut pas se pri-

ver ; le danger de pincer les parois de la vessie entre les branches du lithotriteur étant le fait d'un opérateur ou inattentif ou inexpérimenté.

Brides uréthrales. — Uréthrotome à tiges flexibles

PAR LE Dr JARDIN

La lésion du canal de l'urèthre que l'on désigne sous le nom de bride uréthrale. de valvule de l'urèthre, est une des affections le plus fréquemment observées par les chirurgiens et contre lesquelles le simple cathétérisme échoue le plus souvent.

L'intervention chirurgicale étant donc nécessaire dans le plus grand nombre de cas, on a depuis longtemps pensé à doter la chirurgie des instruments aptes à pouvoir opérer la section de ces brides. Le nombre des coupe-brides, des uréthrotomes, des scarificateurs-uréthraux qui ont été inventés, est considérable. Malgré leur diversité de forme, on voit en les étudiant qu'ils ont tous un trait commun : la rigidité de leur tige. Cette qualité, loin de faciliter le maniement de cet instrument dans l'urèthre, le rend tout au contraire difficile, pénible pour le malade, et ne donne souvent que d'une manière bien incertaine la sensation de l'obstacle. On conçoit facilement en effet que lorsqu'il ne s'agit que d'une simple bride qui ne peut opposer qu'une très faible résistance au passage d'un instrument, cette bride peut passer inaperçue, car la pression que supporte dans le canal un uréthrotome rigide est telle qu'elle suffit pour empêcher de percevoir la légère sensation d'obstacle donnée par la valvule. Parmi ces uréthrotomes dont nous parlons, l'uréthrotome à olive de Civiale est certainement l'un des plus ingénieux, et par suite l'un des plus employés. Nous nous en sommes servi nous-même très souvent et nous ne pouvons pas nier qu'il nous ait rendu de grands services. Mais nous devons avouer que dans bien des cas sa rigidité a été pour

nous la cause de l'impossibilité d'arriver à sentir nettement une bride légère qui nous était préalablement très manifestement révélée par une exploration faite au moyen d'une simple bougie à boule.

C'est cette difficulté à ressaisir au moyen d'un instrument rigide une valvule bien constatée à l'avance qui nous suggéra l'idée de faire construire un uréthrotome à tige flexible. Nous avons pris modèle sur la bougie exploratrice à boule et à bout antécédant, et nous avons obtenu, grâce au concours de M. Dubois, fabricant d'instruments de chirurgie, l'uréthrotome offrant les conditions voulues.

Avant de décrire ce nouvel instrument et de donner quelques observations à l'appui de son fonctionnement, disons quelques mots sur la nécessité fréquente qu'il y a de sectionner les brides uréthrales.

Personne n'ignore que les valvules de l'urèthre sont assez fréquentes et qu'elles occasionnent des désordres contre lesquels le chirurgien sera le plus souvent impuissant, s'il ne remédie pas tout d'abord à ce genre de lésion du canal. Pour ne citer que l'une des conséquences des valvules uréthrales, mais certainement la plus commune, nous rappellerons la persistance de la blennorrhée, de cette goutte militaire qui fait le désespoir des malades et des médecins et qui résiste aux balsamiques et aux injections les plus soigneusement choisies et les plus attentivement administrées. C'est qu'il y a là une *lésion* qui réclame une intervention chirurgicale, et si parfois le passage d'une simple bougie suffit pour effacer le repli valvulaire, il n'en est pas toujours ainsi et il faut en arriver à l'emploi d'un uréthrotome à olive.

Les résultats que nous a donnés notre nouvel instrument nous engagent à le faire connaître, en appuyant sa description d'observations qui montreront plus efficacement son utilité et la facilité de son maniement.

Cet uréthrotome se compose d'une petite sonde en gomme élastique portant à son extrémité supérieure un disque percé à son centre d'une petite ouverture qui correspond au calibre de la sonde.

L'extrémité inférieure de la sonde est fixée à la base d'un petit cône métallique portant une rainure profonde allant de la base au sommet du cône qui porte une petite bougie antécédente.

Cette petite sonde est traversée dans le sens de sa longueur par une tige métallique rigide dans sa partie supérieure et terminée par un bouton ; dans sa partie inférieure, elle est constituée par une petite chaîne articulée en tous sens et conservant par suite tous les mouvements de flexibilité.

Cette petite chaîne est terminée à son extrémité inférieure par une petite lame tranchante cachée dans la rainure du cône dont elle peut sortir par un simple mouvement de traction sur le bouton. Un mouvement en sens inverse la fait rentrer dans la rainure.

Disons, avant d'aborder les observations, que notre uréthrotome à tige flexible est construit avec des olives de diamètres variant selon le désir des chirurgiens.

Observation I. — L..., 36 ans, scieur de pierre, se présente à la clinique de la rue Christine, le 6 juillet 1881. Deux blennorrhagies antérieures, traitées par les balsamiques et des injections dont la composition lui est inconnue. Il y a sept mois, nouvelle blennorrhagie pour laquelle il suit un traitement analogue, mais sans pouvoir arriver à tarir complètement l'écoulement.

Il accuse aujourd'hui quelques grosses gouttes de muco-pus tous les matins et souvent dans la journée. Il n'a jamais émis de sang. Il ne souffre pas en urinant, et le jet d'urine n'a subi aucune modification.

Le malade se refusant à une exploration de l'urèthre, au moyen d'une bougie à boule, est mis au traitement suivant :

Un laxatif tous les trois jours, le matin, à jeun ; 6 grammes de poudre de cubèbe en 6 paquets, à prendre chaque jour en les espaçant.

Injection au sous-nitrate de bismuth.

Le 15. Le malade revient, n'ayant tiré aucun bénéfice de son traitement qu'il a suivi avec une parfaite régularité.

Il se décide à se laisser explorer. On constate une bride urèthrale, qui est sectionnée avec l'uréthrotome à tige flexible.

Même traitement ; même injection.

Le 22. Amélioration marquée ; une goutte très minime de mucopus séreux le matin. On passe une bougie n° 16 dans l'urèthre.

Même traitement, même injection au bismuth.

30 août. Le malade revient, demandant à ce qu'on lui passe une bougie. Il affirme qu'à la fin de juillet il était tout à fait guéri de sa blennorrhée.

Obs. II. — Z..., 28 ans, typographe, compte plusieurs blennorrhagies antérieures qui auraient guéri facilement.

Le 14 juin 1881, il vient consulter rue Christine, pour une goutte de blennorrhée qu'il voit depuis deux mois, et dont il ne peut se débarrasser. La miction se fait sans douleur, et le jet d'urine a conservé son calibre normal.

Le traitement suivi pendant les deux derniers mois a consisté en cubèbe, copahu, santal à l'intérieur, et injections au sulfate de zinc, tannin et bismuth.

L'écoulement qui semblait disparaître par moments reparaissait, aussitôt que le traitement était suspendu.

L'exploration du canal fait percevoir une bride uréthrale que l'on sectionne immédiatement au moyen de l'urèthrotome à tige flexible.

La tisane de buchu, le cubèbe à doses fractionnées et une injection au bismuth sont ordonnés.

21 juin 1881. Le malade a suivi exactement son traitement pendant huit jours et n'a vu aucun écoulement pendant tout ce temps. On l'engage à ne continuer que l'injection pendant cinq ou six jours.

17 juillet. Le malade depuis plusieurs jours ne fait plus d'injection et se dit complètement guéri de sa blennorrhée.

Obs. III. — M... D..., 23 ans, commis au télégraphe, a eu six blennorrhagies antérieures ; la dernière remontant à un an et ayant laissé un écoulement se montrant surtout le matin et augmentant au moindre excès de table. La miction se fait sans douleur, mais au dire du malade le jet d'urine serait un peu diminué. Des injections de toute nature ont été faites, le cubèbe, le copahu ont été pris et quelques bougies ont été passées dans l'urèthre il y a deux ans.

Le 18 mai 1881, on constate dans le canal une bride fortement accusée que M. le Dr Mallez incise au moyen de l'uréthrotome à tige flexible. Une bougie du n° 15 est ensuite introduite ; et l'on prescrit au malade de l'eau de goudron et une injection au bismuth.

25 mai. Le malade revient accusant une légère diminution dans l'écoulement du matin. Une nouvelle introduction de bougie à boule *indique* encore quelques inégalités dans le canal. On passe une bougie conique olivaire dans l'urèthre et l'on engage le malade à venir trois fois par semaine s'en faire passer une semblable. Le goudron et l'injection au bismuth sont continués.

10 juin. Au bout de deux semaines l'écoulement semblait avoir totalement disparu. Le passage des bougies fut suspendu et une injection légère au ratanhia et au sulfate de cuivre fut ordonnée.

27 juin. Le malade revient guéri ayant déjà cessé tout traitement depuis quelques jours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance comprend des lettres de MM. Andouard (de Nantes) et Dubreuilh (de Bordeaux), candidats au titre de membre correspondant national.

M. le Président annonce, dans les termes suivants, la mort de M. Bussy :

Mes chers collègues,

La semaine dernière, l'Académie a été cruellement frappée ; elle a perdu un de ses membres les plus éminents. Le moment n'est sans

doute pas venu de vous présenter un exposé même très succinct des beaux travaux de M. Bussy; il me sera pourtant permis de rappeler que la découverte de l'acide sulfurique anhydre, la découverte du magnésium, la liquéfaction par le froid de l'acide sulfureux lui ont conquis et lui assurent une place élevée dans la science.

Agrégé de la Faculté de médecine, professeur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie, directeur de l'Ecole de pharmacie, membre de l'Académie de médecine depuis près d'un demi-siècle, membre de l'Académie des sciences, M. Bussy avait conservé jusqu'aux derniers moments d'une carrière longue et si bien remplie le libre usage de ses forces physiques et l'intégralité de ses facultés intellectuelles. Une maladie de quelques jours l'a emporté. A 88 ans, il s'est éteint plein de jours, comblé d'honneurs mérités, entouré de l'estime générale, de l'affection et du dévouement de tous les siens. Dans cette enceinte, M. Bussy comptait autant d'amis que de collègues. En signe de deuil et comme juste hommage rendu à la mémoire de son ancien président, l'Académie sera d'avis de lever la séance.

La séance est levée à 4 heures.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret en date du 7 février 1882, ont été promus :

Au grade d'officier: MM. Chartier (Charles-Edouard), médecin principal de 2e classe. Chevalier du 30 septembre 1870; 33 ans de services, 9 campagnes. — Ducelliez (Albert), médecin-major de 1re classe. Chevalier du 8 février 1871; 25 ans de services, 10 campagnes, 1 blessure.

Au grade de chevalier : Raimond (Henri-Marie), médecin-major de 1re classe; 21 ans de services, 5 campagnes, 1 blessure. — Delmas (Louis-Basile), médecin-major de 1re classe; 19 ans de services, 11 campagnes.— Florance (Alexandre-Anatole), médecin-major de 2e classe; 20 ans de services, 12 campagnes. — Aubry (Abel-Louis-Jules-Marie), médecin-major de 2e classe; 17 ans de services, 10 campagnes. — Boucher (Léon-Jean-Baptiste), médecin-major de 2e classe; 15 ans de services, 7 campagnes. — Forgemol (Léon-Léonard-Marie), médecin-major de 2e classe au 4e régiment de zouaves; 16 ans de services, 6 campagnes. — Moissonnier (Prosper), pharmacien-major de 2e classe; 17 ans de services, 8 campagnes.

Académie des sciences. — Lundi, à une heure, dans la grande salle de l'Institut, a eu lieu la séance publique annuelle de l'Académie des sciences, sous la présidence de M. Ad. Wurtz, sénateur.

M. Wurtz, président, a pris la parole le premier. Il a d'abord, selon l'usage, prononcé l'éloge funèbre de MM. Delesse, Sainte-Claire Deville, Bouillaud et Bussy, membres de l'Académie, morts dans l'année.

M. J. Bertrand, secrétaire perpétuel, a prononcé ensuite l'éloge historique de Léon Foucault.

Ont été proclamés lauréats pour l'année 1881 :

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon*: MM. Bérenger-Féraud, Favre et Paul Richer; mentions honorables : MM. Dastre, Déjérine et Toussaint ; la commission cite honorablement MM. Beaunis, Budin, Martin-Damourette et Hyades, Guinand, Lombard et Paccini. — *Prix Bréant* : M. Léon Colin. — *Prix Godard* : M. Dubar. — *Prix Serres* : M. Edouard van Beneden. — *Prix Lallemand* : M. Luys.

Anatomie et zoologie. — *Prix Savigny* : M. Yves Delage.

Physiologie. — *Prix Montyon* : M. d'Arsonval. — *Prix Lacaze* : M. Brown-Séquard.

Botanique. — *Prix Barbier* : Encouragement de 1,000 fr. à M. Bourgoin. — Encouragement de 500 fr. à MM. Letar et Doassans.— Mention horable : M. Etienne Gilbert. — *Prix Alhumbert* : M. Gayon. — *Prix Desmazières* : M. Paul Petit. — *Prix Thore* : M. Emile Bescherelle. — *Premier prix Bordin* : Encouragement de 1,500 fr. à M. E. Mer. — *Deuxième prix Bordin* : M. Louis Olivier.

Physique. — *Prix Lacaze* : M. Gaston Planté.

Chimie. — *Prix Jecker* : M. A. Le Bel. — *Prix Lacaze* : M. P. Hautefeuille.

Statistique. — *Prix Montyon* : MM. Antony Rouillet et Bezançon. Une récompense de 400 fr. à M. Clément. Deux mentions honorables à MM. Louis Amat et Arthur Chervin.

Service sanitaire de l'Algérie. — Par décret en date du 26 janvier 1882, le service sanitaire du littoral de l'Algérie, rattaché au ministère du commerce et des colonies, fonctionne sous l'autorité du gouverneur général civil de l'Algérie, qui rend compte au ministre des décisions prises et de la marche du service.

Le service sanitaire du littoral algérien est divisé en trois directions ayant leur siège à Alger, Oran et Bône, et subdivisions en agence.

La direction d'Alger a le siège de ses agences ordinaires à Tenès, Cherchell et Dellys.

La direction d'Oran a le siège de ses agences ordinaires à Nemours, Beni-Saff, Arzew et Mostaganem ; elle a de plus une sous-agence à Mers-el-Kebir.

La direction de Bône a le siège de ses agences ordinaires à Bougie Djidjelli, Collo, Philippeville, Herbillon, Bône et la Calle et une sous-agence à Stora.

Chaque direction sanitaire, indépendante des deux autres, est dirigée par un docteur en médecine ayant le titre de « directeur de la santé ». Chaque directeur de la santé relève directement du gouverneur civil de l'Algérie, à qui il rend compte des faits concernant son service et de qui il reçoit des instructions.

Un conseil sanitaire, composé conformément aux prescriptions du décret du 22 février 1876, et investi des attributions indiquées audit décret, est institué à Alger, auprès du gouverneur général, qui prend son avis, lorsqu'il le juge nécessaire.

Des arrêtés ministériels déterminent la composition et les traitements du personnel du service sanitaire du littoral algérien. Les nominations

des divers agents de ce service ont lieu conformément aux articles 74 à 78 du décret du 22 février 1876. Pour toutes les nominations appartenant au ministre, le gouverneur général civil de l'Algérie est préalablement consulté.

UN FORCEPS EN LOCATION. — Il y a vingt-cinq ou vingt-six ans, racontait dernièrement le professeur Depaul, appelé auprès d'une jeune femme du monde, j'arrivais sans forceps ; le travail se faisait naturellement, et tout semblait indiquer que les choses se passeraient le plus heureusement du monde, lorsque tout à coup survinrent des attaques d'éclampsie. La dilatation du col était complète, la tête était contre le périnée, et le travail était tellement avancé que, si j'avais eu un forceps, l'accouchement eût été de suite terminé.

J'étais fort anxieux lorsque je me rappelai avoir vu en montant l'escalier de la maison une plaque de médecin accoucheur. J'écrivis aussitôt quelques mots sur ma carte de visite et priai le mari de la faire porter par l'un des domestiques chez mon confrère, lui demandant de vouloir bien me prêter son forceps.

C'était la nuit ; d'un caractère grincheux, mon confrère se lève et répond en grognant qu'il ne le prêtera pas, qu'on en abuse beaucoup trop ; puis, se ravisant, il déclare vouloir s'assurer par lui-même si l'instrument est réellement nécessaire.

C'est ainsi qu'il descend vêtu d'une simple robe de chambre, sans le moindre pantalon. Son intrusion forcée dans la maison ne laisse pas que de me surprendre ; je lui demande son instrument, il me le refuse, déclarant hautement qu'il jugera par lui-même de l'utilité de son emploi. Je le supplie, — j'étais jeune alors dans la pratique ; — il refuse de plus belle. Alors, le sang méridional l'emportant devant une pareille conduite, je me précipite sur l'instrument qu'il tenait sous son bras, je lui arrache son forceps et fais mettre brusquement cet homme à la porte par le mari et par les domestiques.

La pauvre femme pendant ce temps était dans le coma ; j'appliquai rapidement le forceps ; l'enfant vint parfaitement, la femme était sauvée ; deux petites attaques d'éclampsie eurent encore lieu, mais sans importance.

Devant les gens de la maison indignés de la conduite de mon confrère, je demandai une feuille de papier, et, voulant que la leçon que je lui avais donnée fût complète, je lui écrivis que je lui renvoyais son forceps avec 50 francs pour prix de sa location.

Ledit confrère reçut et accepta l'argent sans mot dire, et depuis, je n'en entendis jamais parler.

ERRATUM. — Une transposition a rendu incompréhensible l'article de M. Hayem sur la *Crise hématique dans les maladies aiguës à défervescence brusque*. Page 187, les alinéas commençant à la ligne 15 et finissant à la ligne 31 doivent être reportés à la fin de l'article.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc', imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 18 SAMEDI 11 FÉVRIER 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 18 Samedi 11 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Note sur les fractures simples du métatarse, et, en particulier, sur la fracture par arrachement du cinquième métatarsien.

Par le Dr Laugier,

Ancien interne lauréat des hôpitaux, etc.

Les fractures simples du métatarse sont considérées par Malgaigne (1) comme exceptionnelles. Trois ou quatre cas en onze ans, tel est le total d'observations qu'a pu recueillir l'éminent chirurgien, et sur lequel il s'appuie pour conclure à la rareté absolue de ce genre de lésions.

Cette opinion nous semble peu conforme à la réalité des faits, ou plutôt, la rareté de ces fractures ne nous paraît pas, dans l'espèce, pouvoir être rigoureusement déduite du petit nombre des observations. Pour notre part, depuis moins de trois ans, nous avons eu occasion de traiter cinquante et une contusions de l'avant-pied, et sur ce nombre, une fracture du gros orteil, et cinq de métatarsiens (une du premier, deux du second, une du quatrième, et une du cinquième); ce qui donne, en laissant de côté le gros orteil, une proportion de cinq fractures sur cinquante contusions, soit 10 0/0. Toutes ces lésions, contusions et fractures, résultaient, les unes, de la chute de corps volumineux et pesants, les autres de coups de pied de cheval; et tous nos blessés étaient des palefreniers, ou des hommes d'équipe employés au chargement et au déchargement des wagons de marchandises. Si, malgré le grand nombre d'individus ainsi exposés aux traumatismes du pied, et, dans une proportion qui peut atteindre (ainsi que nous venons de le voir) 10 0/0 des contusions aux fractures des métatarsiens, les observations de ce dernier genre sont si rares, c'est qu'il s'agit de lésions en général médiocrement douloureuses, pouvant ne pas empêcher complètement la marche, laissant au blessé, une fois l'appareil mis en place, une liberté de mouvements relative, et, pour ces raisons, n'entraînant pas forcément l'entrée à l'hôpital.

On pourrait ajouter aussi que ces fractures ne présentent que peu d'intérêt, au double point de vue théorique et pratique, et risquent fort, pour ce motif, d'être passées sous silence par plus d'un chirurgien traitant. Nous-même, nous n'aurions très probablement pas pris la plume en cette circonstance, si nous n'avions observé dans

(1) Malgaigne. Traité des fractures et des luxations. Tome I, p. 855.

ces derniers temps le cas particulier suivant, non compris dans l'énumération qui précède, et qui nous a paru mériter d'être rapporté avec quelques détails.

Tandis que les cinq fractures du métatarse mentionnées plus haut reconnaissaient pour cause un traumatisme direct, celle qui va nous occuper s'est produite dans des conditions toutes différentes :

M. N..., commis de l'octroi de Paris, âgé de 47 ans, homme grand et robuste, dépourvu de tout antécédent rhumatismal ou syphilitique, parcourait rapidement un des quais intérieurs de la gare du Nord, lorsque son pied gauche buta en quelque sorte sur lui-même par son extrémité interne et se replia brusquement en dedans; ce mouvement forcé, combattu par un effort vigoureux de N... pour maintenir son pied dans la rectitude, donna lieu à une vive douleur et à un craquement sec, très nettement perçu par le blessé, vers le milieu du bord externe du pied. Toutefois N... ne tomba pas; il se maintint debout et put, tant bien que mal, en marchant sur le talon, gagner le siège le plus proche; puis il se fit transporter chez lui, où nous le visitâmes le lendemain.

Notre examen nous donna les résultats suivants : intégrité et indolence absolues des articulations tibio et médio-tarsiennes — empâtement, sans ecchymose appréciable, du bord externe du pied, dans l'étendue de la moitié supérieure du cinquième métatarsien — sensibilité vive dans cette région, ayant son maximum, non pas derrière le tubercule du cinquième métatarsien et par conséquent au niveau de la partie la plus externe de l'interligne articulaire de Lisfranc, mais à deux centimètres au-dessous de cette apophyse. En ce point, la pression du doigt est difficilement supportée; de plus, si on saisit, d'une part, la partie inférieure du cinquième métatarsien, de l'autre, le tubercule, pour rechercher la mobilité et la crépitation, on perçoit à la fois l'une et l'autre, en un point qui est précisément le siège du maximum de sensibilité signalé précédemment. L'ensemble de ces signes, douleur, mobilité, crépitation, ne pouvait nous laisser de doute sur la réalité d'une fracture du cinquième métatarsien, située à l'union des trois quarts antérieurs avec le quart postérieur de l'os, à deux centimètres environ en avant du tubercule. D'autre part, les circonstances dans lesquelles la lésion s'était produite indiquaient manifestement que nous ne pouvions avoir affaire qu'à une fracture *par arrachement*.

Il nous reste maintenant à rechercher quel genre de mécanisme a présidé à cet arrachement, et si c'est la résistance des ligaments ou bien la contraction musculaire qui doit être mise en cause.

L'extrémité postérieure du cinquième métatarsien est reliée au cuboïde par deux ligaments, l'un dorsal, l'autre plantaire, et au quatrième métatarsien, par des fibres dorsales et interosseu-

ses. Des deux ligaments cuboïdo-métatarsiens, l'un, le plantaire, expansion du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, est destiné beaucoup plus à engainer le long péronier latéral qu'à renforcer l'articulation (Sappey). Quant à l'autre, le dorsal, en raison même de la direction de ses fibres obliques d'avant en arrière et de dehors en dedans, s'il sert à limiter le glissement vertical de haut en bas du métatarsien sur le cuboïde, il ne saurait être mis en cause dans un mouvement d'adduction du métatarse, tel que celui qui s'est produit dans le cas qui nous occupe. Restent les ligaments inter-métatarsiens (dorsal et interosseux) dont les fibres, toutes transversales, doivent certainement se trouver fortement tendues dans le renversement en dedans de la moitié antétarsienne du pied ; seulement, tous deux sont des ligaments faibles, constitués par des fascicules peu nombreux, plus ou moins perdus dans le tissu graisseux, et à coup sûr incapables d'opérer un arrachement de toute l'épaisseur d'un métatarsien. Mais s'il est impossible de trouver, dans la résistance de l'appareil ligamenteux proprement dit, une explication admissible, nous allons voir qu'on ne peut en dire autant de l'action musculaire, et pour cela il nous suffira de faire appel à des détails d'anatomie descriptive qui sont dans la mémoire de tout le monde.

En effet, le tendon du court péronier latéral, né des fibres charnues du muscle, derrière la malléole externe, se réfléchit, au sortir de la gaine malléolaire, à angle presque droit, pour s'engager dans une gaine propre creusée sur le côté externe du calcanénm, et, après un trajet oblique en bas et en avant, s'insérer, en s'élargissant, à toute l'étendue de la face externe de l'apophyse postérieure du cinquième métatarsien (Cruveilhier). Les conséquences de ces dispositions anatomiques, qui placent la puissance du muscle à la malléole externe, ont été très nettement mises en lumière par les expériences de Duchenne, de Boulogne. Par son action sur la face externe du tubercule du cinquième métatarsien qu'il tend à attirer en haut et en dehors, le court péronier latéral a pour mission esssentielle de relever le bord externe du pied, en portant la pointe en dehors. Il suit de là que la portion horizontale de son tendon peut être considérée comme un véritable ligament latéral externe contractile de l'articulation cuboïdo-métatarsienne, qui doit agir, en cas de mouvement forcé et de renversement du métatarse en dedans et en bas, avec une vigueur antagoniste proportionnelle à la puissance musculaire. C'est ce qui a dû se passer dans le cas qui nous occupe, et il n'est pas douteux pour nous que, dans l'effort énergique fait par notre blessé pour maintenir dans la rectitude son avant-pied entraîné en dedans, la contraction du court péronier latéral n'ait suffi à déterminer la fracture par arrachement de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien.

Les différents auteurs français et étrangers que nous avons consultés, Gurlt (1), Nélaton (2), Valette (3), Marchand (4), Delorme (5), ne nous ont pas fourni de fait analogue. Seul Malgaigne (6) rapporte d'après Ph. Bérard, sans aucun détail ni commentaire d'ailleurs, le cas « d'un cinquième métatarsien fracturé près de son extrémité supérieure par suite d'une chute sur les pieds ». Mais, autant qu'on en peut juger par une citation aussi sommaire, il s'agit là beaucoup plus probablement d'une fracture par cause directe que d'un arrachement par contraction musculaire.

Avons-nous besoin d'ajouter, pour terminer l'histoire de notre malade, que la guérison de cette fracture, simple entre toutes, était obtenue au bout de trente jours, comme c'est la règle en pareille circonstance, par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par l'application d'un pansement résolutif, remplacé au bout de peu de temps par un appareil ouaté et silicaté?

Sur les relations du système vaso-moteur du bulbe avec celui de la moelle épinière chez l'homme, et sur les altérations de ces deux systèmes dans le cours du tabes sensitif (7).

Par M. A. Pierret,

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

L'étude des maladies des centres nerveux comprend la solution de trois problèmes principaux, et indique l'examen et l'explication des phénomènes morbides engendrés par les altérations anatomiques et fonctionnelles des trois grands systèmes : moteur, sensitif et vaso-moteur.

Dans le cours de mes travaux sur l'inflammation chronique du système sensitif, *tabes sensitif, sclérose médullaire postérieure, ataxie locomotrice progressive*, j'ai été amené à chercher la cause de symptômes que j'avais observés dans cette affection, et dont quelques-uns sont bien connus, tandis que d'autres sont à peine indiqués par les auteurs. Ce sont, par exemple, les crises douloureuses gastriques, œsophagiennes, laryngées, la gastrorrhée, les crises de diarrhée, les troubles sécrétoires ou vaso-moteurs observés sur le tégument,

(1) Gurlt (Ern.) Handbuche der Lehre v. den Knochenbrüchen. Berlin 62-65.

(2) Nélaton. Eléments de pathologie externe. 2e édition.

(3) Valette. Art. Fractures du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie.

(4) Marchand. Art. Fractures du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

(5) Delorme. Art. Pied, du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie.

(6) Malgaigne, loc. cit.

(7) Note communiquée par M. Vulpian à l'Académie des sciences.

sous forme de sueurs locales ou de zones de constriction ou de dilatations vasculaires plus ou moins étendues et quelquefois dimidiées.

Tous ces phénomènes et d'autres encore ne peuvent être imputés qu'à un trouble fonctionnel des nerfs mixtes, glosso-pharyngien, pneumo-spinal et du grand sympathique. Or, ces différents nerfs constituent dans les centres nerveux, moelle et protubérance, un système anatomique intermédiaire avec zones motrices et sensitives.

Ce système fournit, au niveau de l'origine apparente des nerfs auditifs et faciaux, un nerf vaso-moteur, le nerf de Wrisberg, émanation directe de ce faisceau mixte et ascendant, connu sous le nom de *faisceau solitaire* de Stilling, colonne grêle (*slender column* de Clarke).

Cet intéressant faisceau de fibres, au-dessous du point d'émergence du nerf de Wrisberg, fournit des rameaux vaso-moteurs au glosso-pharyngien, plus bas au groupe du pneumo-spinal, sans cesser de se maintenir en rapport soit avec les ganglions moteurs vrais, soit avec les ganglions sensitifs.

A ce niveau, tous les anatomistes perdaient de vue la colonne grêle et lui assignaient souvent les trajets les plus fantaisistes (Clarke, Meynert). J'ai réussi à démontrer, au moyen de coupes longitudinales *du bulbe* faites à l'état pathologique et normal, que cette colonne, en grande partie vaso-motrice, s'incurve au niveau de l'entrecroisement des pyramides, et, décrivant une courbe à convexité externe, se place aux côtés du spinal inférieur, puis reprend dans la moelle une situation analogue à celle qu'elle occupait dans le bulbe, c'est-à-dire intermédiaire, avec zones motrices et sensitives.

Dans cette position, elle s'adjoint aux fibres ascendantes qui occupent le *cervix cornu posterioris* et la partie profonde des cordons latéraux, région éminemment mixte, qui renferme des tubes nerveux sensitifs, moteurs et vaso-moteurs. Ces derniers émanent visiblement de la chaîne d'amas ganglionnaires qui occupe l'angle externe de la corne antérieure, porte le nom de *tractus intermedio-lateralis*, et passe avec raison pour représenter les origines intra-spinales du grand sympathique.

Dans le cours du *tabes sensitif*, cette région, qui renferme non pas des nerfs mixtes, mais des faisceaux mixtes de nerfs, est très fréquemment intéressée. Alors apparaît toute une série de phénomènes sensitivo-vaso-moteurs, qui viennent compliquer la marche et obscurcir le diagnostic de la maladie.

J'ai pu m'assurer de ces lésions plusieurs fois, et démontrer que c'est toujours à la sclérose secondaire ou primitive de ce système bulbo-spinal, satellite des nerfs réputés mixtes, que l'on doit attribuer

l'apparition de tous les symptômes qui, de près ou de loin, impliquent un trouble circulatoire ou une altération de la sensibilité des organes splanchniques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 *février* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé.

Prix de la société. — *M. le président* donne lecture des décisions prises au sujet des prix de la Société, et des sujets adoptés pour chaque prix.

Prix Demarquay : *De l'étiologie de l'érysipèle.*

Prix Gerdy : *Des tuberculoses localisées au point de vue chirurgical.*

Les mémoires devront être déposés avant le 15 novembre 1883.

M. Nicaise présente à la Société une pièce offrant une luxation complète du pied en dehors, lésion pour laquelle il a été obligé de pratiquer l'amputation de la jambe. Il y a eu fusion complète de l'astragale, du péroné et du tibia. La réduction était rendue fort difficile par la présence de l'*os intermédiaire* signalé par M. Verneuil. Cette fracture s'accompagnait de rupture du tendon du jambier postérieur; les autres tendons étaient intacts, les artères étaient saines, il y avait arrachement de la malléole interne et fracture de la malléole externe.

M. Verneuil montre un spécimen en plâtre absolument semblable; on peut constater la séparation de la jambe et du pied. Quant au troisième os ou os intermédiaire, il est formé tantôt par le péroné, tantôt par un morceau du tibia. On peut pratiquer la section des tendons péroniers sans inconvénient, car ils sont inutiles ou renversent encore davantage le pied en dehors.

M. Larger croit qu'il est difficile de se prononcer au moment du traumatisme. Dans ces cas, les nerfs peuvent être lésés ou élongés. Cette lésion s'observe souvent dans les fractures du radius. Dans ce genre de fractures dites par arrachement, les nerfs, étant peu élastiques, sont tiraillés, surtout la branche profonde du nerf cubital; il en résulte une atrophie complète, après la guérison, atrophie que l'on peut combattre par l'électricité. Si les muscles et les nerfs sont intacts, il peut se faire des fusées purulentes, il en résulte une névrite et atrophie consécutive. Dans ces cas, il estime qu'il est préférable de réunir les tendons lésés et de ne pas sectionner les antagonistes; il serait même peut-être préférable de sectionner les nerfs du pied.

M. Polaillon. La pièce de M. Nicaise n'était pas favorable à la

désarticulation tibio-tarsienne, car il était trop tard, le pied était ankylosé et la malléole externe ne pouvait être conservée.

Éléphantiasis de la face. — *M. Labbé* présente une jeune fille âgée de 20 ans, atteinte d'éléphantiasis de la face; cette tumeur, apparue à l'âge de 13 mois, a débuté par l'angle externe de l'œil; à 5 ans, cette tumeur était déjà considérable. A cette époque, la malade a déjà subi une opération qui fut suivie de récidive. L'œil est intact, la joue est saine; M. Labbé pense qu'il y a lieu d'intervenir et prie ses collègues de vouloir bien lui donner leur avis.

M. Verneuil pense qu'il s'agit d'une de ces tumeurs décrites il y a 25 ans par Valentine Mott, sous le nom de pachydermocèle. Depuis, on sait que ces tumeurs sont comparables aux névromes, décrits dans le livre de Follin sous le nom de névromes plexiformes. On pourrait leur attribuer le nom d'éléphantiasis mou; dans tous les cas, cette tumeur peut être opérée comme l'éléphantiasis. M. Depaul a fait une opération de ce genre. En général, ces sortes de tumeurs sont formées de tissu fibreux avec prolifération des nerfs.

M. Després. En 1825, Allard, et plus tard Godart, ont décrit ce genre de tumeurs; je pense qu'il s'agit là d'un simple éléphantiasis de la face. L'opération ne la guérira pas, néanmoins je la tenterais; je considère la guérison complète comme impossible, mais on peut procurer à la malade une grande amélioration.

M. Trélat est de l'avis de M. Verneuil et pense que l'opération peut réussir. Pour lui, les névromes plexiformes ne sont pas aussi volumineux et la structure de la peau n'est pas modifiée. Ici, l'apparition de la tumeur, la marche du développement, les modifications tégumentaires et les sensations tactiles portent à penser que l'on est en présence d'une tumeur de l'espèce des angiomes, mais d'un angiome modifié; il y a une hypertrophie adipo-fibreuse. Ce n'est pas un éléphantiasis proprement dit, c'est peut-être un molluscum.

M. Verneuil rapporte que dans les observations qu'il a faites à ce sujet avec M. Depaul, il a noté les altérations de la peau signalées par M. Trélat. Quant à l'opération, il faut la faire; il ne faut pas penser qu'elle récidivera nécessairement, il n'y aura récidive que si l'opération est incomplète.

M. Després maintient son diagnostic. Les névromes plexiformes ne sont pas aussi volumineux; de plus, ici la tumeur existe et s'est développée sans aucune douleur. La description donnée par Godard confirme le diagnostic d'éléphantiasis. Jamais une tumeur érectile transformée n'a acquis un pareil volume. A peine peut-on en voir de la grosseur d'un œuf; de plus, en certains endroits, on trouve des points fluctuants, de véritables kystes. Si cette tumeur était pédiculée, M. Després n'hésiterait pas à lui donner le nom de molluscum éléphantiasique.

M. Trélat. L'anatomie pathologique tranchera la question, puisque le diagnostic ne peut s'accorder. L'histoire des tumeurs plexiformes est encore à l'étude et est loin d'être achevée ; il m'a semblé qu'ici l'hypertrophie porte sur le tissu fibreux et le tissu graisseux.

M. Terrillon rappelle les diverses modifications subies par le mot éléphantiasis, le véritable éléphantiasis observé dans les Indes est de nature entozoaire. On peut trouver dans les Annales de dermatologie un travail de M. le Dr Barth, sur l'éléphantiasis et la filaria sanguinis. Il est utile de ne pas confondre l'éléphantiasis vrai avec des tumeurs décrites sous ce nom, et qui sont plutôt éléphantiasiformes.

M. Guéniot a présenté en 1870 à la Société de Chirurgie un enfant de 2 ans, porteur à la région sourcilière droite d'une tumeur que l'on a dénommée *nævus hypertrophique;* l'opération a été pratiquée et le malade a été représenté à la Société après l'opération. L'examen de la tumeur a permis de constater qu'elle était constituée par tous les éléments hypertrophiés de la peau, comme l'indique M. Trélat.

M. Le Fort pense que dans tous les cas il ne s'agit pas là d'une tumeur érectile vraie.

M. Lannelongue est de l'avis de M. Trélat. Il désirerait savoir si à l'origine, et lors de la première opération, la tumeur était véritablement érectile. Il ne pense pas, comme M. Desprès, que les tumeurs érectiles modifiées ne sont pas de gros volume. Il ne croit pas qu'il faille rattacher cette tumeur à la transformation d'une tumeur érectile. Chez les enfants, on observe fréquemment de ces tumeurs. Il cite plusieurs observations, et entre autres celle d'une jeune fille atteinte d'une hypertrophie des grandes lèvres et du clitoris ; ce dernier, du volume du pouce, a été excisé; l'hypertrophie des grandes lèvres traitée par l'emploi du galvano-cautère, est aujourd'hui presque guérie, après un traitement de dix-huit mois.

M. Labbé. D'après les renseignements que j'ai pu recueillir, et notamment ceux du père de l'enfant, la tumeur n'a jamais eu d'autre coloration et n'a pas présenté les caractères d'une tumeur érectile.

M. Gillette, à propos du procès-verbal de la dernière séance, lit une observation d'érysipèle survenu à la suite d'une opération chez un malade qui avait déjà été atteint d'érysipèle après une opération antérieure.

M. Pozzi donne lecture d'un rapport sur des observations présentées par M. le Dr Millot-Carpentier. Ces observations sont au nombre de 4, se rapportant à des kystes de l'ovaire, traités par l'ovariotomie.

1re Observation. — Kyste de l'ovaire uniloculaire, ovariotomie suivie de guérison, après six pansements antiseptiques à l'eau phéniquée.

2e Obs. — Kyste de l'ovaire ; ovariotomie ; amputation de l'utérus.

La menstruation s'est rétablie après l'ablation de l'utérus.

3e Obs. — Kyste multiloculaire de l'ovaire; ovariotomie; mort.

L'opération fut très difficile; la mort survint dans un état syncopal.

4e Obs. — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche; ovariotomie; guérison.

En résumé, 3 succès sur 4 opérations. M. le Dr Millot-Carpentier avait aussi pratiqué le drainage, mais il y a renoncé pour faire l'ovariotomie.

M. Pozzi termine en demandant à la Société des remerciements pour l'auteur, et l'insertion de son mémoire dans les Archives.

M. Terrier désirerait avoir des renseignements un peu plus complets, surtout au sujet de l'observation II qui est assez obscure, et dans laquelle on ne sait si l'on a eu affaire à un myôme sous-péritonéal ou à l'utérus lui-même, si celui-ci a été coupé partiellement ou si l'on en a fait l'extirpation complète.

Les conclusions du rapport de M. Pozzi sont adoptées.

M. Peyrot lit une observation concernant une tumeur qu'il dénomme *angiome fibreux développé dans la loge musculaire de l'œil droit.*

L'examen a permis de constater qu'il n'y avait pas trace en aucun point des tissus primitifs de l'œil.

Cette observation est des plus remarquables, à cause de la disparition totale du globe oculaire, fait encore inconnu.

L'observation de M. Peyrot est renvoyée à l'examen de M. Terrier, chargé de faire un rapport.

M. Polaillon présente à la Société un homme de 24 ans, atteint au mois d'août d'une luxation de l'épaule gauche, qui fut méconnue. Ce malade est entré dans le service de M. Polaillon, quatre mois après l'accident, et l'on a pu constater l'existence d'une luxation *intra-coracoïdienne.*

Après des tractions avec les moufles pendant un quart d'heure, et avec une force de 115 kilogrammes, la luxation devint sous-coracoïdienne; on fait alors avec un ténotome une section des parties fibreuses au-dessous de l'acromion, et la luxation se réduit. Aujourd'hui le malade peut faire presque tous les mouvements.

M. Larger présente un malade porteur d'un aï douloureux; il fait remarquer la coïncidence du siège de cette lésion avec celui de la bourse séreuse qu'il a décrite.

M. Reclus lit un travail sur les angiomes caverneux, en communication directe avec la veine jugulaire. Les conclusions de ce travail établissent que :

1° Il existe à la région cervicale des angiomes réductibles dont le diagnostic est souvent très difficile.

2° Ces angiomes communiquent librement avec la veine jugulaire et sans l'intermédiaire de valvules.

3° Si l'on parvient à les vider, ils se remplissent avec la plus grande rapidité.

4° Ces angiomes, comparables, par rapport aux veines, à ce que sont les anévrysmes cirsoïdes par rapport aux artères, doivent être nettement séparés des angiomes en général.

Le travail de M. Reclus est renvoyé à une commission composée de MM. Terrier, Després, Farabeuf.

La séance est levée à 5 heures et demie.

P. Bazy.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai l'honneur de vous communiquer les lignes ci-jointes que j'adresse à la Société de médecine légale.

J'ai l'honneur de m'adresser à la Société de médecine légale pour la solution d'une question difficile peut-être, mais éminemment pratique.

Depuis que, grâce à mon titre de membre correspondant de cette compagnie, j'ai l'avantage onéreux de faire toute la médecine légale de mon département, lequel renferme une cour d'appel dont le siège est dans la ville même que j'habite, je remarque que dans les cas d'infanticide, lorsqu'on ne peut trouver l'enfant, on se borne à traduire l'accusée en police correctionnelle pour suppression de part. Jusqu'ici, rien que de très naturel et de très connu.

Mais je remarque aussi que, lorsque l'accouchement étant certain, le médecin ne peut pas dire qu'il remonte à moins de *trois ans*, l'inculpée est renvoyée quitte et absoute.

Le cas sur lequel je suis appelé à me prononcer actuellement devant le tribunal de Saint-Jean-de-Maurienne est un de ceux qui se présentent le plus habituellement.

Séraphine André, âgée de 22 ans, détenue, explique qu'après une suppression de règles de quelques mois elle les a vu revenir très abondantes à la fin du mois de novembre dernier.

Les phénomènes qu'elle présente au 11 janvier courant sont les suivants : masque très accusé ; parois abdominales molles, vergetures existant seulement à la partie supérieure des cuisses ; ligne brune très apparente ; seins volumineux avec auréole noirâtre, tubercules de Montgomery saillants, sécrétion de lait des deux côtés ; vagin dilaté ; globe utérin légèrement augmenté de volume, acces-

sible entre le doigt introduit dans le vagin et la main gauche pressant l'abdomen ; col court, en partie effacé, en forme de moignon avec déchirure latérale gauche ; depuis deux jours, présence d'un écoulement sanguin qui est probablement le retour de couches, l'accusée disant que sa dernière perte date de quarante-cinq jours environ.

La jeune fille a certainement accouché ; mais à quelle époque?

Je désirerais être éclairé sur les points suivants :

1° Est-il possible, en l'état actuel de la science de reconnaître après les vingt premiers jours qu'un accouchement date de moins de *trois ans* ?

Je dis trois ans, puisque c'est la limite au delà de laquelle les tribunaux semblent ne plus vouloir condamner.

2° L'existence du masque, chez une femme qui a certainement accouché, mais dont l'accouchement date de plus de vingt jours, peut-il permettre d'affirmer que l'accouchement remonte à moins de trois ans?

3° La persistance de la sécrétion lactée, chez une femme *qui a accouché* et qui n'allaite pas, peut-elle permettre d'arriver à la même conclusion? ou, en d'autres termes, est-il possible qu'une femme *qui a accouché* et qui n'allaite pas conserve son lait plus de trois ans?

En un mot, n'y a-t-il aucune catégorie à établir dans l'accouchement dit ancien, et le médecin, pour fixer une date, doit-il être aussi embarrassé après un accouchement d'un mois qu'après un accouchement de vingt ans!

Dr François CARRET,
Médecin-chef à l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 13 au 18 février 1882.) — *Lundi*, 13. — Doctorat, 1er : MM. Trélat, Hayem et Pozzi. — 2e (nouveau mode), 2e partie, physiologie : MM. Vulpian, Charcot et Remy. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Parrot et Marchand.

Mardi, 13. — Doctorat, 2e : MM. Le Fort, Panas et Humbert. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin. — 5e (Charité) : MM. Pajot, G. Sée et Berger. — 5e (Charité) : MM. Richet, Bouchard et Charpentier.

Mercredi, 15. — Doctorat, 1er : MM. Verneuil, Guyon et Terrillon. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e : MM. Fournier, Duplay et Rendu. — 3e : MM. Regnauld, Baillon et Gay.

Jeudi, 16 (Assemblée de la Faculté à 3 heures). — Doctorat, 2e : MM. Richet, Jaccoud et Troisier. — 2e : MM. Lasègue, Hardy et Hum-

bert. — 2e : MM. Le Fort, Laboulbène et Debove. — 4e : MM. G. Sée, Ball et Raymond.

Vendredi, 10. — Doctorat, 1er : MM. Charcot, Guyon et Remy. — 1er : MM. Béclard, Duplay et Cadiat.

Samedi, 18. — Doctorat, 1er : MM. Sappey, Le Fort et Richelot. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Hardy et Peyrot.

Samedi, 11. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous avons le plaisir d'annoncer l'apparition d'un nouveau journal, *l'Hygiène pratique*, journal hebdomadaire destiné aux gens du monde.

NÉCROLOGIE. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons une triste nouvelle. M. le Dr Cossy, chef de clinique de M. le professeur Parrot à l'hôpital des Enfants-Assistés, a succombé, vendredi matin, à une diphthérie contractée dans son service.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, *boulevard Saint-Germain.*

De la syphilis du testicule, par le Dr Paul RECLUS, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. gr. in-8, avec 6 planches, dont 4 en couleur. 8 fr.

Guide pratique d'électrothérapie, rédigé d'après les travaux et les leçons du Dr ONIMUS, lauréat de l'Institut, par le Dr E. BONNEFOY ; 2e édition, revue et augmentée par le Dr Onimus. 1 vol. in-18 de la collection diamant, avec 95 figures dans le texte, cartonné à l'anglaise, tranches rouges. 6 fr.

Nouveau formulaire de poche, d'après les formules des médecins viennois, par le Dr Carl CZUBERKA, traduit par M. A. OBERLIN, pharmacien de 1re classe. 1 vol. in-18. 5 fr.

Leçons sur les modifications du sang, sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques, par le Dr G. HAYEM, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, recueillies par M. L. DREYFUS-BRISAC, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8 12 fr.

Librairie V.-A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, *place de l'École-de-Médecine.*

Traité du nettoiement des voies digestives et du lavage de l'estomac, par le Dr AUDHOUI, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8. 2 fr.

Etudes sur le choléra indien, par le Dr AUDHOUI, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8. 1 fr

Etude sur les myélites syphilitiques, par le Dr SAVARD. 1 vol. in-8. Prix. 3 fr. 50

Etude sur les épanchements chyliformes des cavités séreuses, par Mme PERRÉE, docteur en médecine, etc. 1 vol. in-8. 2 fr. 50

Etude sur l'hydropisie de l'amnios, par le Dr DELASSUS. 1 vol. in-8. Prix. 2 fr. 50

De la croissance et de ses rapports avec les maladies aiguës fébriles de l'enfance et de l'adolescence, par le Dr AUBAYER. 1 vol. in-8. 3 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Succ', imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 19 MARDI 14 FÉVRIER 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX

On s'abonne chez

A. DELAHAYE et E. LECROSNIER

Place de l'École-de-Médecine

PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS

UN AN

FRANCE........... 15 fr.

UNION POSTALE... 18 fr.

PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.

Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.

On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique. 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 19. Mardi 14 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Hyperostoses symétriques des membres d'origine probablement rhumatismale.

Par MM. le Dr H. HUCHARD,
Médecin de l'hôpital Tenon.

et P. BINET,
Interne des hôpitaux.

Le 21 octobre 1881, la nommée Laporte (Jeanne) est admise à l'hôpital Tenon, salle Colin, dans le service de M. le Dr Huchard. C'est une femme de 60 ans, exerçant la profession de blanchisseuse et qui présente une déformation singulière limitée aux jambes et aux avant-bras; les os sont incurvés sur leur grand axe et augmentés de volume.

Aux *jambes*, des deux côtés, il y a exagération de la courbure postérieure et surtout de la courbure interne; les jambes sont incurvées en dedans comme dans le rachitisme. La crête du tibia fait une forte saillie en avant; elle est mousse et hérissée de petites aspérités, de sorte que si l'on promène le doigt le long de la ligne proéminante qu'elle forme sous la peau, on sent une série de petites éminences séparées par des dépressions. La face interne du tibia est moins plate, plus arrondie qu'à l'état normal. L'os tout entier est épaissi, plus lourd, surtout à gauche ; la malade a conscience de cette augmentation de poids.

A gauche, le quart inférieur de l'os fait avec les trois quarts supérieurs un angle obtus qui exagère la saillie que fait en avant la crête du tibia et reporte le pied en arrière. A ce niveau l'os est épaissi; le pied se détache mal de la jambe comme dans un membre atteint d'œdème.

L'extrémité supérieure des tibias est également hypertrophiée ; la tubérosité interne proémine au dedans. Des deux côtés, si l'on fait mouvoir l'articulation du genou, on sent alors sous la main des craquements qui sont plus prononcés à gauche. Les articulations fémoro-tibiales paraissent donc atteintes d'arthrite sèche déformante.

Pas d'autres troubles à noter du côté des membres inférieurs, pas d'œdème, pas d'atrophie musculaire. On remarque seulement quelques taches brunâtre, irrégulières, analogues à celles que produit l'abus des chaufferettes.

Les *avant-bras* présentent une exagération de leur courbure antérieure, surtout à gauche. La crête du cubitus épaissie fait forte-

ment saillie sous la peau et présente de petites éminences analogues à celles que nous avons décrites aux tibias, mais moins prononcées. L'olécrâne est élargi ainsi que toute la face postéro-interne du cubitus. La déformation et l'hypertrophie portent surtout sur le cubitus



du côté droit; à gauche, le radius est au contraire plus atteint. Il présente une inflexion prononcée du tiers inférieur sur les deux tiers supérieurs, inflexion qui a pour effet de courber brusquement à angle obtus la partie inférieure de l'avant-bras en avant et en dedans, en lui communiquant une rotation sur son axe.

On ne perçoit pas de craquements dans les articulations du coude ni dans celles de l'épaule.

Nous avons pratiqué avec le ruban métrique quelques mensurations aux membres inférieurs où prédomine l'hypertrophie.

Longueur de la jambe, mesurée du sommet du genou au talon : gauche, 45 cent.; droit, 46 cent.

Cette différence de longueur paraît résulter de l'incurvation plus prononcée de la jambe gauche.

Largeur prise au niveau de la jarretière : gauche, 33 cent.; droite, 33 cent.

Largeur au-dessus des malléoles : gauche, 25 cent.; droite, 23 cent.
Largeur prise trois doigts au-dessus de la précédente mesure : gauche, 28; droite, 25 cent.

Largeur au milieu de la jambe : 29 des deux cotés.

Largeur de l'extrémité supérieure de la jambe au niveau des tubérosités du tibia : gauche, 35 cent. ; droite, 32 cent.

Circonférence du genou par-dessus la rotule : 35 cent. des deux cotés.

L'existence des hyperostoses et leur prédominance à gauche résultent nettement de ces mesures.

Quant au reste du squelette, il ne paraît pas atteint par la maladie. On ne constate nulle part ailleurs d'hyperostoses ni de déformations, autant, tout au moins, qu'il est possible de l'apprécier à travers les masses musculaires.

La *sensibilité* est conservée dans tous ses modes. Aucune douleur spontanée ni provoquée, dans les membres, ni dans le tronc. La malade éprouve seulement sous l'influence des mouvements quelques douleurs sourdes dans les articulations du genou, surtout à gauche. Pas de troubles des organes des sens ; la vue et l'ouïe sont simplement un peu affaiblies par l'âge.

Du côté de la *motilité*, nous ne constatons également rien de particulier, sauf une diminution de la force du bras gauche, qui donne seulement 20 au dynamomètre, tandis qu'on trouve 40 à droite ; la marche est un peu difficile, gênée par les déformations des membres inférieurs, le poids des jambes et les douleurs que les mouvements provoquent dans les genoux. Il en résulte que la malade s'avance lentement, avec précautions, en traînant un peu les jambes, mais on ne constate aucune ataxie, aucune incertitude dans la direction ; elle sent très bien le sol sous ses pieds.

Les réflexes tendineux sont normaux. Pas de trépidations épileptoïdes ; pas de tremblement. Nous avons déjà signalé l'absence de toute atrophie musculaire,

Notons seulement que pendant la nuit la malade éprouve parfois de brusques secousses non douloureuses dans les membres inférieurs.

Les *fonctions cérébrales* ne sont pas altérées ; pas de perte de la mémoire ; pas d'idées délirantes. Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'éprouve ni vertiges, ni perte de connaissance.

L'état général est du reste bon ; toutes les fonctions s'exécutent bien ; rien à signaler dans les principaux organes.

Rien à l'auscultation du cœur. L'analyse des urines ne révèle rien d'anormal ; l'élimination des phosphates est d'environ 1 gr. 60 dans les 24 heures.

Interrogée sur ses *antécédents*, notre malade nous apprend que ses parents sont morts âgés, jouissant d'une bonne santé ; que son frère, ancien soldat, a eu des rhumatismes articulaires chroniques. Il n'y a jamais eu, à sa connaissance, d'affection nerveuse dans la famille.

Elle-même jusqu'à ces dernières années s'est toujours bien portée. Les déformations actuelles ne remontent pas au delà de trois ou

quatre ans. Avant cette époque, elle était parfaitement bien conformée. Pendant son enfance, elle n'a jamais eu de manifestations strumeuses et n'a jamais présenté aucune déformation rachitique ni du tronc, ni des membres.

Pas d'antécédents syphilitiques ; pas d'éruptions cutanées, pas de douleurs ostéocopes, aucun signe commémoratif ou actuel de cette maladie.

Réglée de 16 à 49 ans, elle a eu deux enfants. L'un a succombé avec des convulsions à 16 mois ; l'autre, actuellement soldat, est bien portant. Les grossesses ont été bonnes, l'accouchement facile ; donc pas de rétrécissement du bassin. Elle a fait, en outre, une fausse couche de six mois.

A part les douleurs dont elle souffre encore dans le genou, notre malade n'a jamais eu de manifestations articulaires rhumatismales. Jamais de rhumatisme articulaire aigu ; pas de chorée dans son enfance ; pas de coliques hépatiques. Notons seulement qu'elle est sujette aux migraines, et depuis l'époque de la ménopause elle a de fréquentes épistaxis.

Depuis vingt-huit ans elle exerce la profession pénible de blanchisseuse ; elle est debout du matin au soir et parfois même passe une partie de la nuit. Aussi depuis longtemps elle éprouve une grande lassitude dans les jambes, et le soir ses pieds sont fréquemment enflés. Les veines commencent à devenir un peu variqueuses, de sorte que, depuis quelques années, elle porte des bas élastiques.

Toutefois, malgré ce dur labeur, les conditions hygiéniques restent suffisantes. Nourriture simple, mais pas de privations ; pas d'alcoolisme. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

—

UN MONSTRE CYCLOPE. — Le Dr *W. F. Whitney* a présenté à la Société médicale du district de Suffolk (*Boston med. and surg. journal*, 20 *mai* 1880) un fœtus cyclope avec hydrencéphalocèle antérieur. Ce cas s'est montré dans la clientèle du Dr Isaac F. Galloupe, de Lynn, qui a offert la pièce au muséum en l'accompagnant de la mention suivante : « La mère du fœtus était une américaine âgée de 30 ans. Elle avait déjà eu un enfant bien conformé et à terme, mais qui n'avait vécu qu'une semaine ; elle accoucha ensuite à sept mois de deux jumeaux également bien conformés. Dans la famille on ne connaît aucun autre exemple de vice de conformation, sauf un bec-de-lièvre. Le travail ne fut pas de longue durée ; on l'aida en introduisant le doigt dans le rectum jusqu'à ce qu'on eut atteint le menton (l'occiput étant dirigé vers le pubis), et en pressa

sur la tête dans l'intervalle des douleurs. La mère resta au lit pendant six semaines environ après son accouchement. »

Le fœtus mesurait 38 centimètres de longueur et pesait environ 1125 grammes. Le tronc et les membres étaient bien conformés. De la région antérieure de la tête émergeait une tumeur fluctuante, de 23 centimètres de diamètre, couvrant le front et la face jusqu'à 5 centimètres au-dessous de la bouche. La tumeur était couverte d'une peau se continuant avec celle qui couvrait le reste de la tête, sauf en un point, à la partie antéro-inférieure, où un petit espace losangique était simplement couvert d'une membrane transparente et bordé sur ses bords supérieur et inférieur par une partie légèrement épaisse où l'on voyait faiblement marquées des striations radiées; c'était le bord des paupières.

Après dissection, on trouva que l'intérieur de la tumeur se continuait directement avec la cavité du crâne, elle contenait un liquide clair comme de l'eau, et sa surface inférieure était couverte d'une couche de substance cérébrale. Au niveau de la portion transparente que nous avons signalée, on trouvait un petit sac mollasse couvert d'une couche de pigment noir.

L'ouverture du crâne était bordée en haut et sur les côtés par l'os frontal dont les bords étaient manifestement renversés en dehors. Le bord inférieur de l'orifice était formé par les os malaires et la portion orbitaire du maxillaire supérieur, entre la partie antérieure de laquelle se trouvaient deux petits orifices triangulaires représentant probablement les os unguis. La voûte palatine était très étroite, elle était traversée dans toute sa longueur par une crête médiane bien marquée. L'espace compris entre les apophyses ptérygoïdes était rempli par un os triangulaire paraissant formé de deux parties latérales et envoyant à la crête médiane de la voûte palatine un prolongement court et aplati. Cette plaque osseuse, qui est la caractéristique du crâne cyclopéen, était formée par la réunion des os palatins et du vomer. La cavité nasale était entièrement oblitérée, mais on pouvait distinguer les points d'ossification de l'ethmoïde et des cornets inférieurs dans une petite masse du tissu osseux située sur la voûte palatine. A. CH.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 *février* 1882. — *Présidence de* M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

MM. Homolle et Léon Colin demandent, par lettre, à la Société d'être nommés membres honoraires, et donnent leur démission de membres titulaires.

M. Besnier lit le compte rendu des maladies régnantes du quatrième

trimestre 1881. Il insiste particulièrement sur la multiplication des cas de diphthérie et sur la gravité croissante de cette affection. A ce propos, il fait part à la Société des renseignements qui lui ont été adressés par M. Archambault. Le médecin de l'hôpital des enfants, cherchant toujours un remède efficace contre cette redoutable madie, a expérimenté la pilocarpine, et a reconnu que ce médicament non seulemeut était inutile, mais pouvait être nuisible.

M. D.-Beaumetz confirme l'opinion de M. Archambault sur l'inefficacité de la pilocarpine, inefficacité constatée également en Allemagne et en Italie. Il demande à M. Besnier son avis sur le danger des hôpitaux et les services d'isolement, comme foyers d'infection périphérique, particulièrement pour la variole et pour la diphthérie.

M. Besnier répond que les hôpitaux spéciaux constituent en effet un grand danger pour les quartiers dans lesquels ils sont situés; M. Bertillon poursuit avec zèle et succès la démonstration de cette idée.

MM. Damaschino et Desnos ont l'un et l'autre expérimenté la pilocarpine, avec succès, dans un seul cas, sans succès dans les autres cas.

M. Zuber, à propos de la statistique de la variole, fait part à la Société de la mortalité considérable des varioleux dans l'armée, fait déplorable qu'il attribue à l'insuffisance des mesures de revaccination.

On observe moyennement dans l'armée française 2,004 cas de variole par an, sur lesquels il y a 200 décès. Dans l'armée allemande, qui comprend un effectif de 300,000 hommes, en quatre années il n'y a eu que 85 cas de variole et pas un seul décès. C'est que là on prend d'autres précautions que chez nous. On revaccine tous les hommes non pas une fois, mais cinq ou six fois si cela est nécessaire.

M. Besnier est heureux de confirmer l'opinion de M. Zuber. Dans son service de l'hôpital Saint-Louis, où la revaccination est faite avec soin et sous sa surveillance, il n'y a pas eu de cas intérieur de variole depuis que la revaccination est pratiquée régulièrement. Il y a lieu de signaler ces faits concluants à l'attention de tous les administrateurs.

M. Dujardin-Beaumetz signale l'état déplorable des crèches dans les hôpitaux, spécialement dans son service de l'hôpital Saint-Antoine.

M. Moutard-Martin demande à M. Beaumetz de formuler des conclusions à la suite de ses critiques et de vouloir bien indiquer les réformes qui lui semblent nécessaires.

M. Blachez qui est à la tête d'un service de crèche à l'hôpital Necker est de l'avis de M. Beaumetz. Le lait qu'on donne aux enfants est impur; il est froid, car il n'y a pas d'appareil de chauffage conve-

nable. Le blanchissage du linge est très défectueux. Il n'y a pas, dans les services, de femmes capables d'exercer une surveillance efficace. Les enfants sont uniquement laissés aux soins de leurs mères, qui les gorgent de nourriture grossière et nuisible pour leur âge.

Il faudrait, pour chaque crèche, une *religieuse* spéciale qui n'ait pas d'autre salle à surveiller.

M. Damaschino. Dans mon service de l'hôpital Laënnec, la cuisine des enfants et les appareils de chauffage pour le lait sont bien installés. J'ai comme surveillante une femme intelligente et dévouée.

M. Gérin-Rose. Il faut reconnaître que dans ses dernières constructions, à l'hôpital Tenon, l'administration a fait tous ses efforts pour réaliser les réformes urgentes. La mortalité dans les crèches tient beaucoup au défaut de surveillance et beaucoup plus encore au mauvais vouloir des mères, qui sont quelquefois très satisfaites de voir mourir leur enfant.

M. *Grancher* appuie les critiques de M. Blachez relativement à la mauvaise installation des crèches de l'hôpital Necker.

M. Moutard-Martin. Il faut être juste et reconnaître que, dans toutes les nouvelles constructions, les crèches sont isolées et aménagées aussi bien que cela est possible. La surveillance n'est peut-être pas toujours satisfaisante, mais comment empêcher une mère de laisser mourir son enfant quand elle en a l'intention? Quant au lait, je puis affirmer que personne dans sa famille, n'a d'aussi bon lait que le *lait pur non écrémé* qui est fourni *pour les enfants* dans les hôpitaux. Le lait écrémé est encore pur, en ce sens qu'il n'est additionné d'aucune substance étrangère.

TUBERCULOSE DE LA PAUPIÈRE. — *M. Gérin-Rose* présente un malade atteint de granulations tuberculeuses de la paupière.

C'est un homme qui, après la Commune, fut envoyé à Nouméa où il eut une hémoptysie. A son retour en France, il s'affaiblit graduellement et entra à l'hôpital Tenon avec tous les symptômes fonctionnels de la phthisie pulmonaire, sans aucun signe physique, et avec des soupçons de tuberculose laryngée. Il avait un frère mort tuberculeux.

Le malade se rétablit assez rapidement et sortit de l'hôpital. Il y rentra au mois de novembre dernier. L'examen laryngoscopique montra les cordes vocales tuméfiées, non ulcérées. Il y a quinze jours, M. Gérin-Rose constata de la submatité à un sommet du poumon et vit apparaître une arthrite du coude gauche, de nature tuberculeuse vraisemblablement.

Depuis quelques jours, l'œil droit est rouge, larmoyant; en relevant la paupière, on trouve sur la conjonctive de petites ulcérations et des granulations qui ont tout l'aspect de granulations tuberculeuses.

Tympanisme sous-claviculaire. — *M. Féréol* a cherché depuis un mois à vérifier l'exactitude des conclusions posées par M. Grancher dans sa récente communication sur le tympanisme sous-claviculaire, dans le diagnostic des épanchements pleuraux. Il a quelques objections à présenter à la théorie de son éminent collègue.

Il pense notamment que, pour le diagnostic de la tuberculose, il est préférable d'interroger le sommet du côté sain plutôt que le côté où siège la pleurésie, qui semble produire, sur l'évolution de la tuberculose, une sorte de phénomène d'arrêt dans le poumon comprimé par l'épanchement.

De plus, il pense que pour la perception des vibrations vocales, il serait préférable, chez les femmes au moins, de substituer l'oreille à la main. Quant à l'association des trois signes mis en relief par M. Grancher, M. Féréol pense qu'il serait téméraire de s'en rapporter exclusivement à ces signes pour le diagnostic de l'état du poumon derrière l'épanchement, et qu'il vaut mieux avoir égard aux signes fournis par l'autre poumon.

Mais après avoir formulé ces réserves, M. Féréol cite l'observation d'un de ses malades dont l'histoire clinique est une confirmation complète de la théorie du savant médecin de l'hôpital Necker.

M. Grancher répondra dans la prochaine séance.

La séance est levée à 5 h. 1/4.

Ern. Gaucher.

CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER

NEW-YORK. — En paraphrasant une parole qui a eu, à l'époque, un certain retentissement, dans le domaine des affaires politiques tout au moins, on pourrait dire que ce qui nous divise actuellement le plus, nous autres médecins, c'est l'hypnotisme.

En veut-on un exemple ?

Au mois d'août dernier, la presse médicale du monde entier, en proclamant l'éclat du Congrès de Londres, insistait avec quelque complaisance sur l'entente cordiale, l'exquise urbanité, la parfaite courtoisie qui n'avaient cessé de régner pendant toute la durée de cette colossale assemblée de savants venus des quatre coins du globe.

Eh bien ! il y eut cependant au milieu de l'harmonie générale une note légèrement dissonante, pour ceux qui furent témoins ou qui furent mis au courant du petit incident de « Waterloo hôtel. »

Un médecin américain, le Dr Beard, avait fixé ce lieu de rendez-vous à quelques membres du Congrès, dans le but de leur montrer de curieuses manifestations de l'hypnotisme.

Parmi les assistants était le Dr Crichton Browne, de Londres, qui, à tort ou à raison, crut devoir élever quelques objections sur la façon dont procédait M. Beard, à qui il reprocha de ne s'être pas entouré d'assez de garanties par le choix même de son « sujet », laissant entendre que, dans de telles conditions, l'assistance risquait fort d'être victime d'une indigne supercherie.

Ces observations furent peu du goût du magnétiseur new-yorkais... Quelques paroles assez vives furent échangées, et c'est dans ces circonstances assez gênantes pour le Dr Beard, que prit fin cette fameuse séance, où il s'était sans doute promis d'acquérir quelque gloire.

Peu de temps après, le Dr Crichton Browne qui, remarquons-le en passant, avait eté vivement félicité à la sortie de « Waterloo hôtel » pour sa courageuse initiative, grâce à laquelle, disait-on, l'imposture avait été démasquée, s'expliquait tout au long, dans une lettre que la plupart des journaux ont reproduite, sur le cas qu'on devait faire des expériences de M. Beard. Mais l'affaire n'en pouvait point rester là. A l'attaque si directe du médecin anglais, il fallait une réplique. Ce fut le Dr William Hammond, de New-York qui s'en chargea. Mu sans doute par un sentiment de solidarité nationale, prenant résolument la défense de son compatriote, il s'étonne du sans-façon avec lequel on a traité l'expérimentateur, du savoir et de la loyauté duquel il se porte garant. Là-dessus, riposte du Dr Crichton Browne, et au moment où j'écris ces lignes, la controverse, alimentée par de nouveaux champions, semble battre son plein. Loin de moi du reste toute idée de m'établir juge dans ce procès dont j'ai simplement tenu à vous fournir les principaux éléments.

L'exemple que je viens de rapporter n'étant point isolé et pouvant être rapproché de bien d'autres faits analogues que je n'ai pas à désigner d'une façon plus explicite, c'est à se demander s'il ne va pas falloir adopter entre nous, à l'endroit de l'hypnotisme, la sage mesure que l'on voit inscrite dans le règlement qui régit certaines réunions ou certains cercles avides de calme : « Les discussisns politiques sont interdites. »

Si je n'ai plus rien à vous apprendre sur le sort réservé à Guiteau, après les étonnantes, non moins qu'interminables assises que l'on sait, je vous dois pourtant quelques mots sur l'expertise médico-légale. Quand on songe à toutes les complications de ce jugement, on ne s'étonne plus du nombre suffisamment respectable des médecins appelés à donner leur avis sur l'état mental de Guiteau. Nous en avons eu à la douzaine de ces constatations médico-légales, je pourrais même dire au quarteron, sans vous faire trop bonne mesure. Pas moins de 24 médecins ont reçu mission d'examiner le meurtrier du président Garfield et de décider le degré de responsabilité. Sur

ce nombre, un seul, le Dr Spitzka, a émis l'opinion que Guiteau ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Il a fait valoir, à l'appui de sa manière de voir, outre le fait de l'hérédité morbide, certaines particularités qu'offre, selon lui, le crâne de l'assassin, La face est asymétrique, l'expression en est étrange, etc., etc. Pour être seul de son opinion, le Dr Spitzka n'en est pas moins catégorique; ses conclusions établissent formellement l'état d'aliénation de Guiteau, qu'il déclare atteint de *folie morale*, il répond à cette catégorie d'aliénés que Morel a appelés des *dégénérés*.

Mais comme M. Spitzka a contre lui ses 23 collègues, on a pu dire avec quelque raison qu'il y avait eu unanimité pour déclarer Guiteau sain d'esprit et entièrement responsable de ses actes. En tous cas, cette affaire aura été l'occasion de nombreuses dissertations, dans la presse médicale américaine principalement; plusieurs points de psychologie-morbide ont été abordés et traités parfois avec un réel talent.

BIBLIOGRAPHIE

—

ETUDES DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE ET SPÉCIALE avec application aux maladies les plus usuelles, par le Dr *A. Luton*, directeur de l'Ecole de médecine de Reims, in 8°, 472 p. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1882.

M. Luton a divisé son ouvrage en deux parties. La première expose diverses questions de thérapeutique générale, dont quelques-unes sont longuement développées, par exemple le dualisme spécifique, les méthodes de vitesse ne thérapeutique, la médication dérivative, la médication purgative, la médication tonique.

La seconde partie, de beaucoup la plus considérable, offre de nombreux et très importants chapitres sur lesquels nous insisterons plus volontiers. Cette partie débute par un long chapitre sur les injections hypodermiques. On sait que depuis 1862 M. Luton tient en grand honneur cette méthode de traitement qu'il applique dans un grand nombre de maladies. C'est ainsi qu'il administre non seulement l'ergot de seigle, l'éther et le mercure comme beaucoup de médecins le font aujourd'hui, mais aussi le fer et les purgatifs. Les applications locales des injections sous-cutanées sont pour lui très nombreuses; il s'en sert dans les inflammations circonscrites, le goitre, les tumeurs en général, les hypertrophies d'organes, les tumeurs enkystées et kystiques, les hydropisies enkystées comme l'hydrocèle, les hernies, les varices et tumeurs vasculaires sanguines et l'éléphantiasis des Arabes.

C'est encore à la méthode hypodermique que l'auteur consacre le

chapitre suivant en traitant de l'alcoolisme et de son traitement par la strychnine qu'il administre surtout en injections sous-cutanées. D'ailleurs il donne le médicament à doses beaucoup plus élevées qu'on ne le fait d'ordinaire. Il prescrit pour l'intérieur jusqu'à 3 centigrammes de sulfate de strychnine en plusieurs fois dans la journée, ou bien 15 ou 20 centigrammes d'extrait de noix vomique, et 5 à 10 grammes de teinture alcoolique de la même substance. Il trouve dans l'action de la strychnine le caractère d'un antagonisme physiologique incontestable avec l'alcool, c'est pourquoi il base toute sa thérapeutique de l'alcoolisme sur ce seul médicament ; cependant, à l'emploi des préparations strychninées, M. Luton ajoute deux préceptes : nourrir largement les malades qui peuvent accepter des aliments, et maintenir dans leur régime une proportion déterminée d'alcool, dont on diminuera ensuite les doses progressivement.

Dans le rhumatisme articulaire, l'auteur emploie de préférence les préparations cyaniques, surtout le cyanure de zinc et le cyanure de potassium. Le premier se donne à la dose de 5, 10, 15 et même 20 centigrammes dans la même journée ; pour le second, il n'a pas dépassé la dose de 15 centigrammes, et encore lui était-il difficile de se maintenir à cette dose.

Le traitement de la granulie par les préparations de feuilles de noyer a fait un certain bruit il y a quelques années, lorsque M. Luton a *préconisé* pour la première fois cette médication. Le médecin de Reims, conséquent avec sa théorie du dualisme spécifique, c'est-à-dire croyant à l'existence d'un médicament spécifique pour telle maladie déterminée, considère la feuille de noyer comme le parasiticide, en quelque sorte, de la granulation grise. Il emploie l'extrait de feuilles de noyer à la dose de 3 à 5 grammes dans une potion.

Le phosphate de soude est pour l'auteur un agent de réintégration. A la dose de 1 à 5 grammes pris à la fois, il produit un sentiment général de chaleur se portant surtout vers la tête ; bientôt après de la moiteur se répand par tout le corps. L'usage continu du remède amène un surcroît d'appétit, les voies digestives sont stimulées dans toute leur étendue, les garde-robes sont facilitées ; l'urine se colore et devient fortement odorante, le sens génital est exalté jusqu'aux pertes séminales nocturnes. M. Luton emploie ce médicament dans le diabète qui, pour lui, est une affection digestive, dans l'asthme, la phthisie pulmonaire, la scrofule, le rachitisme, l'athrepsie, l'aménorrhée, l'impuissance sexuelle, la dyspnée, l'asphyxie. On voit par cette énumération que le médicament mérite bien, aux yeux de M. Luton, le nom de *sel admirable* que lui ont donné les chimistes.

Nous ne pouvons qu'indiquer les titres des chapitres qui suivent : de la diète hydrique, la chlorose traitée suivant une donnée rationnelle, quelques mots sur le traitement de la pleurésie aiguë, hémo-

philie et iodure de potassium, note sur l'emploi de l'ergot de seigle contre la dysentérie, vomitifs exceptionnels en cas d'indigestion grave, le diabète sucré et les courants interrompus, le phosphore comme emménagogue, anasarque aiguë essentielle chez les enfants, du tétanos hyperthermique considéré comme manifestation rhumatismale, à propos de la teigne. Enfin l'auteur publie une série de pratiques et formules diverses dont nous aurons à parler plus longuement.

L'œuvre de notre savant confrère offre un cachet d'originalité qui se manifeste à chaque page. Il est peut-être bien peu des opinions de M. Luton qui ne puissent être discutées, mais ce livre est très étudié et de bonne foi; d'ailleurs les hommes qui font avancer la science sont ceux qui émettent, à leurs risques et périls, des idées personnelles et non pas ceux qui se bornent à répéter sous une forme plus ou moins variée les idées des autres.

Amand CHEVALLEREAU.

NOUVELLES

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Guérin-Lanta, adjoint au maire du XIV[e] arrondissement, vient d'être nommé directeur de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. Prieur.

— Un nouveau cours pratique pour les infirmiers et infirmières professé par les médecins de l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne sera prochainement ouvert. Le programme des leçons est fixé ainsi qu'il suit : MM. Dagonet, hygiène ; Bouchereau, administration ; Garnier, pansements ; Briand, petite chirurgie et applications hydrothérapiques ; Gérente, physiologie ; Respaut, anatomie ; Magnan, rapports de l'infirmier avec l'aliéné dans les différentes formes mentales ; Quesneville, petite pharmacie.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 3 *au* 9 *février* 1882. — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 10. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 52. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 13. — Infections puerpérales, 13.— Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 45. — Phthisie pulmonaire, 242. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 69.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 71.

Bronchite aiguë, 62. — Pneumonie, 154. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 39 ; au sein et mixte, 20 ; inconnu, 7. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 126 ; l'appareil circulatoire, 81 ; l'appareil respiratoire, 137 ; l'appareil digestif, 51 ; l'appareil génito-urinaire, 20 ; la peau et du tissu lamineux, 1 ; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; fièvre infectieuse, 1 ; épuisement, 1 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 14. — Nombres absolus de la semaine, 1.357.

Résultats de la semaine précédente : 1.289.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 20 JEUDI 16 FÉVRIER 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

Hyperostoses symétriques des membres d'originè probablement rhumatismale.

(*Suite*) (1).

Par MM. le Dr H. Huchard,
Médecin de l'hôpital Tenon.
et P. Binet,
Interne des hôpitaux.

Depuis trois ans environ, la malade ressent des douleurs sourdes dans les jambes et surtout dans les genoux, particulièrement du côté gauche, et accompagnées parfois d'élancements. Ces douleurs s'exagèrent aux changements de temps et par la fatigue; elles cessent par le repos et pendant le sommeil. C'est à partir de cette époque, c'est-à-dire il y a trois ans, que la malade remarque que ses jambes se courbent et se déforment peu à peu. Auparavant, elles étaient absolument droites et bien conformées. Elle n'a jamais ressenti de douleurs dans aucune autre région du corps; jamais rien qui ressemble à des douleurs fréquentes ou à des crises viscérales.

La déformation des avant-bras est postérieure à celle des jambes; il y a environ 18 mois seulement qu'elle attire l'attention de la malade. Du reste elle n'a jamais éprouvé de douleurs ni de fourmillements aux membres supérieurs.

Il y a deux ans, alors que les déformations des jambes avaient commencé à s'accentuer, elle s'est précipitée dans les escaliers de son domicile dans l'intention de se tuer, sous l'influence du violent chagrin que lui causa le départ de son fils comme soldat. Elle a été relevé sans connaissance, mais sans lésion grave, sans fracture et est restée quelques jours au lit.

Quelque temps après, il y a dix-huit mois environ, nouveau chagrin causé par la fausse nouvelle de la mort de son fils. Perte de connaissance avec hallucinations dans lesquelles elle voit son enfant.

Depuis lors elle a parfois des étourdissements passagers et des vertiges accompagnés de perte de connaissance. Jamais de convulsions ni d'écume aux lèvres, jamais d'idées délirantes. Elle accuse seulement des céphalalgies fréquentes pendant ces deux dernières années.

Il y a dix-huit mois, il est survenu subitement sans vertige, ni perte de connaissance, une paralysie du côté gauche. La malade était à table quand tout à coup elle laisse à deux reprises tomber le pain qu'elle tenait de la main gauche. Elle veut alors se lever, mais elle sent que sa jambe gauche se dérobe sous elle et qu'elle va tomber. A la suite de cette attaque, elle reste alitée pendant cinq

(1) Voir *France médicale*, n° 19, p. 217.

29e Année. — Tome I. — N° 20. Jeudi 16 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 15 *février* 1882.

L'Académie avait à nommer hier un académicien libre, en remplacement de Peisse.

La commission, chargée de faire une liste de présentation, s'était bornée à placer les candidats par ordre alphabétique.

L'élection, qui devait être chaudement disputée, avait attiré à l'Académie la presque unanimité des membres de la docte assemblée. Les voix se sont réparties entre les noms sympathiques de MM. Mesnet, Worms, Krishaber et Magitot.

Au troisième tour de scrutin, M. Mesnet a été élu par 56 suffrages contre 37 qui s'étaient portés sur M. Worms.

Depuis quelques années, M. le professeur Regnault s'est beaucoup occupé du chloroforme anesthésique et des moyens d'en déceler les impuretés. Il est venu signaler hier les défauts d'un réactif proposé récemment, mais très défectueux, car, selon l'expression de M. Regnault, il parle quand il devrait se taire, et se tait quand il devrait parler. Il s'agit de la solution de permanganate de potasse qui doit conserver sa belle couleur violette lorsqu'elle est agitée avec du chloroforme chimiquement pur et doit verdir dans les autres cas. Or il suffit d'une goutte d'alcool, corps absolument inoffensif, pour faire verdir la solution de permanganate de potasse, tandis que le chloroforme le plus dangereux, comme celui que M. Regnault possède dans son laboratoire, peut laisser la couleur du réactif absolument intacte.

Une courte discussion a suivi la lecture de cette note. M. Gosselin croit que le chloroforme qui arrive dans les mains du chirurgien est toujours assez pur et que les accidents gastriques sont dus à des idiosyncrasies; les cas de mort, d'ailleurs très rares, surtout en France, sont dus à l'imprudence du chirurgien qui sait mal donner le chloroforme. M. Maurice Perrin est effrayé de la responsabilité que cette opinion fait peser sur nos confrères. M. Verneuil fait remarquer l'action irritante du chloroforme sur le pharynx et rappelle avec quelle facilité on endort les malades qui ont subi la trachéotomie.

Hyperostoses symétriques des membres d'origine probablement rhumatismale.

(*Suite*) (1).

Par MM. le Dr H. Huchard,
Médecin de l'hôpital Tenon.
et P. Binet,
Interne des hôpitaux.

Depuis trois ans environ, la malade ressent des douleurs sourdes dans les jambes et surtout dans les genoux, particulièrement du côté gauche, et accompagnées parfois d'élancements. Ces douleurs s'exagèrent aux changements de temps et par la fatigue; elles cessent par le repos et pendant le sommeil. C'est à partir de cette époque, c'est-à-dire il y a trois ans, que la malade remarque que ses jambes se courbent et se déforment peu à peu. Auparavant, elles étaient absolument droites et bien conformées. Elle n'a jamais ressenti de douleurs dans aucune autre région du corps; jamais rien qui ressemble à des douleurs fréquentes ou à des crises viscérales.

La déformation des avant-bras est postérieure à celle des jambes; il y a environ 18 mois seulement qu'elle attire l'attention de la malade. Du reste elle n'a jamais éprouvé de douleurs ni de fourmillements aux membres supérieurs.

Il y a deux ans, alors que les déformations des jambes avaient commencé à s'accentuer, elle s'est précipitée dans les escaliers de son domicile dans l'intention de se tuer, sous l'influence du violent chagrin que lui causa le départ de son fils comme soldat. Elle a été relevé sans connaissance, mais sans lésion grave, sans fracture et est restée quelques jours au lit.

Quelque temps après, il y a dix-huit mois environ, nouveau chagrin causé par la fausse nouvelle de la mort de son fils. Perte de connaissance avec hallucinations dans lesquelles elle voit son enfant.

Depuis lors elle a parfois des étourdissements passagers et des vertiges accompagnés de perte de connaissance. Jamais de convulsions ni d'écume aux lèvres, jamais d'idées délirantes. Elle accuse seulement des céphalalgies fréquentes pendant ces deux dernières années.

Il y a dix-huit mois, il est survenu subitement sans vertige, ni perte de connaissance, une paralysie du côté gauche. La malade était à table quand tout à coup elle laisse à deux reprises tomber le pain qu'elle tenait de la main gauche. Elle veut alors se lever, mais elle sent que sa jambe gauche se dérobe sous elle et qu'elle va tomber. A la suite de cette attaque, elle reste alitée pendant cinq

(1) Voir *France médicale*, n° 19, p. 217.

29e Année. — Tome I. — N° 20. Jeudi 16 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 15 *février* 1882.

L'Académie avait à nommer hier un académicien libre, en remplacement de Peisse.

La commission, chargée de faire une liste de présentation, s'était bornée à placer les candidats par ordre alphabétique.

L'élection, qui devait être chaudement disputée, avait attiré à l'Académie la presque unanimité des membres de la docte assemblée. Les voix se sont réparties entre les noms sympathiques de MM. Mesnet, Worms, Krishaber et Magitot.

Au troisième tour de scrutin, M. Mesnet a été élu par 56 suffrages contre 37 qui s'étaient portés sur M. Worms.

Depuis quelques années, M. le professeur Regnault s'est beaucoup occupé du chloroforme anesthésique et des moyens d'en déceler les impuretés. Il est venu signaler hier les défauts d'un réactif proposé récemment, mais très défectueux, car, selon l'expression de M. Regnault, il parle quand il devrait se taire, et se tait quand il devrait parler. Il s'agit de la solution de permanganate de potasse qui doit conserver sa belle couleur violette lorsqu'elle est agitée avec du chloroforme chimiquement pur et doit verdir dans les autres cas. Or il suffit d'une goutte d'alcool, corps absolument inoffensif, pour faire verdir la solution de permanganate de potasse, tandis que le chloroforme le plus dangereux, comme celui que M. Regnault possède dans son laboratoire, peut laisser la couleur du réactif absolument intacte.

Une courte discussion a suivi la lecture de cette note. M. Gosselin croit que le chloroforme qui arrive dans les mains du chirurgien est toujours assez pur et que les accidents gastriques sont dus à des idiosyncrasies; les cas de mort, d'ailleurs très rares, surtout en France, sont dus à l'imprudence du chirurgien qui sait mal donner le chloroforme. M. Maurice Perrin est effrayé de la responsabilité que cette opinion fait peser sur nos confrères. M. Verneuil fait remarquer l'action irritante du chloroforme sur le pharynx et rappelle avec quelle facilité on endort les malades qui ont subi la trachéotomie.

Hyperostoses symétriques des membres d'originè probablement rhumatismale.

(*Suite*) (1).

Par MM. le Dr H. HUCHARD,
Médecin de l'hôpital Tenon.
et P. BINET,
Interne des hôpitaux.

Depuis trois ans environ, la malade ressent des douleurs sourdes dans les jambes et surtout dans les genoux, particulièrement du côté gauche, et accompagnées parfois d'élancements. Ces douleurs s'exagèrent aux changements de temps et par la fatigue; elles cessent par le repos et pendant le sommeil. C'est à partir de cette époque, c'est-à-dire il y a trois ans, que la malade remarque que ses jambes se courbent et se déforment peu à peu. Auparavant, elles étaient absolument droites et bien conformées. Elle n'a jamais ressenti de douleurs dans aucune autre région du corps; jamais rien qui ressemble à des douleurs fréquentes ou à des crises viscérales.

La déformation des avant-bras est postérieure à celle des jambes; il y a environ 18 mois seulement qu'elle attire l'attention de la malade. Du reste elle n'a jamais éprouvé de douleurs ni de fourmillements aux membres supérieurs.

Il y a deux ans, alors que les déformations des jambes avaient commencé à s'accentuer, elle s'est précipitée dans les escaliers de son domicile dans l'intention de se tuer, sous l'influence du violent chagrin que lui causa le départ de son fils comme soldat. Elle a été relevé sans connaissance, mais sans lésion grave, sans fracture et est restée quelques jours au lit.

Quelque temps après, il y a dix-huit mois environ, nouveau chagrin causé par la fausse nouvelle de la mort de son fils. Perte de connaissance avec hallucinations dans lesquelles elle voit son enfant.

Depuis lors elle a parfois des étourdissements passagers et des vertiges accompagnés de perte de connaissance. Jamais de convulsions ni d'écume aux lèvres, jamais d'idées délirantes. Elle accuse seulement des céphalalgies fréquentes pendant ces deux dernières années.

Il y a dix-huit mois, il est survenu subitement sans vertige, ni perte de connaissance, une paralysie du côté gauche. La malade était à table quand tout à coup elle laisse à deux reprises tomber le pain qu'elle tenait de la main gauche. Elle veut alors se lever, mais elle sent que sa jambe gauche se dérobe sous elle et qu'elle va tomber. A la suite de cette attaque, elle reste alitée pendant cinq

(1) Voir *France médicale*, n° 19, p. 217.

mois. Peu à peu le mouvement est revenu dans la jambe et le bras gauche, qui sont longtemps restés plus faibles que ceux du côté droit. Actuellement, cette faiblesse relative est peu prononcée ; elle subsiste encore surtout sur le membre supérieur, ainsi que nous l'avons déjà signalé par le dynamomètre.

Le dimanche qui a précédé son entrée à l'hôpital, la malade a eu encore un étourdissement avec perte de connaissance qui a duré une demi-heure, et toujours sans convulsions. C'est la cinquième attaque de ce genre que la malade aurait depuis le début de son affection.

Enfin pendant son séjour de plus de deux mois à l'hôpital, on ne constate ni vertiges, ni étourdissements, aucun trouble intellectuel. Elle présente seulement de fréquentes épistaxis se répétant parfois deux fois dans les 24 heures. Elle a pris sans résultat sensible du salicylate de soude et de l'iodure de potassium, et elle quitte le service le 30 décembre, dans le même état qu'à son entrée.

En résumé, nous sommes en présence d'une malade âgée de 60 ans, présentant une déformation, — courbures anormales, hyperostoses — limitée symétriquement aux avant-bras et aux jambes. Ces déformations ne remontent pas au delà de trois ans pour les jambes, de deux ans pour les avant-bras. Postérieurement à leur apparition, la malade a présenté quelques troubles nerveux, vertiges et pertes de connaissance, puis hémiplégie dont la cause reste obscure. Rien de particulier à noter dans les antécédents ; pas de syphilis, pas de scrofule ; le rhumatisme seul pourrait être invoqué.

Discussion du diagnostic. — La première idée qui vient à l'esprit en examinant ces déformations, c'est de les rapporter au rachitisme ; mais tout le reste du squelette est bien conformé ; pas de déviation rachidienne, pas de chapelet costal, pas de projection du sternum, ni de rétrécissement du bassin. Du reste, cette opinion doit tomber devant ce fait capital que les incurvations des membres ne remontent pas à plus de trois ou quatre ans ; la malade affirme qu'avant cette époque ils étaient parfaitement bien conformés, et que jamais pendant son enfance elle n'a présenté d'incurvations rachitiques. Quant à l'objection qu'il pourrait s'agir d'un rachitisme tardif dû à là fatigue, à de mauvaises conditions hygiéniques, elle doit être abandonnée devant cette considération que le rachitisme étant une maladie de développement du système osseux, on ne peut en admettre l'existence à un âge où ce développement est depuis longtemps terminé. La date extrême pour le rachitisme tardif est, suivant les auteurs, de 22 à 25 ans pour les garçons, de 18 à 20 pour les filles. « Passé cette époque, dit Tripier (1), toutes les lésions du tissu osseux, qu'elles tiennent à

(1) Art. Rachitisme. Dict. encycl. p. 671.

philie et iodure de potassium, note sur l'emploi de l'ergot de seigle contre la dysentérie, vomitifs exceptionnels en cas d'indigestion grave, le diabète sucré et les courants interrompus, le phosphore comme emménagogue, anasarque aiguë essentielle chez les enfants, du tétanos hyperthermique considéré comme manifestation rhumatismale, à propos de la teigne. Enfin l'auteur publie une série de pratiques et formules diverses dont nous aurons à parler plus longuement.

L'œuvre de notre savant confrère offre un cachet d'originalité qui se manifeste à chaque page. Il est peut-être bien peu des opinions de M. Luton qui ne puissent être discutées, mais ce livre est très étudié et de bonne foi; d'ailleurs les hommes qui font avancer la science sont ceux qui émettent, à leurs risques et périls, des idées personnelles et non pas ceux qui se bornent à répéter sous une forme plus ou moins variée les idées des autres.

Amand CHEVALLEREAU.

NOUVELLES

ASILE SAINTE-ANNE. — M. Guérin-Lanta, adjoint au maire du XIVe arrondissement, vient d'être nommé directeur de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. Prieur.

— Un nouveau cours pratique pour les infirmiers et infirmières professé par les médecins de l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne sera prochainement ouvert. Le programme des leçons est fixé ainsi qu'il suit : MM. Dagonet, hygiène; Bouchereau, administration; Garnier, pansements; Briand, petite chirurgie et applications hydrothérapiques; Gérente, physiologie; Respaut, anatomie; Magnan, rapports de l'infirmier avec l'aliéné dans les différentes formes mentales; Quesneville, petite pharmacie.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 3 *au* 9 *février* 1882. — Fièvre typhoïde, 31. — Variole, 10. — Rougeole, 26. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 52. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 13. — Infections puerpérales, 13.— Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 45. — Phthisie pulmonaire, 242. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 69.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 71.

Bronchite aiguë, 62. — Pneumonie, 154. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 39; au sein et mixte, 20; inconnu, 7. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 126; l'appareil circulatoire, 81 ; l'appareil respiratoire, 137; l'appareil digestif, 51; l'appareil génito-urinaire, 20 ; la peau et du tissu lamineux, 1; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 14. — Nombres absolus de la semaine, 1.857.

Résultats de la semaine précédente : 1.289.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Succr, imp. de la Faculté de médecine r. M.-le-Prince

Traitement de la blennorrhagie par les injections d'acide sulfureux. — M. W.-D. Wilson recommande dans *The Lancet* (juillet 1881, p. 205) les injections d'acide sulfureux dans le traitement de la blennorrhagie. Le traitement se borne à injecter deux fois par jour une solution composée d'une partie de cet acide pour quinze parties d'eau ; chez 16 soldats qui ont guéri de cette manière, la durée moyenne du traitement a été de six jours,

Action de la duboisine. — Le Dr G.-A. Gibson (*Journal of anat. and physiol.*, vol XIV) a recherché l'action de la duboisine sur la circulation. Il arrive aux conclusions suivantes : 1° La duboisine, lorsque la dose n'excède pas 5 milligrammes, augmente la tension artérielle, sans modifier la fréquence du pouls. 2° Lorsque la dose ne dépasse pas 5 centigrammes, elle diminue la pression sanguine et en même temps la fréquence du pouls. 3° A la dose de 5 centigrammes et au-dessus, elle provoque la mort, et le cœur s'arrête en diastole. 4° La duboisine n'a qu'une action peu marquée sur le cœur lui-même, excepté à très haute dose, c'est-à-dire à plus de 5 centigrammes, et alors elle arrête le cœur en diastole. 5° La duboisine excite le pouvoir d'inhibition des centres nerveux. 6° Elle paralyse, au contraire, l'appareil d'inhibition de la périphérie. 7° L'alcaloïde stimule les vaso-moteurs au centre et, à petite dose, fait contracter les artérioles ; à haute dose, il diminue l'activité des vaso-moteurs et dilate les petites artères. 8° La duboisine n'a aucune influence sur le grand sympathique.

A. Ch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 *février* 1882. — *Présidence de* M. Gavarret.

M. Larrey présente, au nom de M. le Dr Feuvrier, la suite de son manuscrit sur la campagne en Tunisie.

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le Dr Galippe, un travail sur le Hoang-Nan.

M. Vulpian présente, de la part de M. le professeur G. Hayem, un volume de Leçons de thérapeutique.

Élections.— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre dans la section des associés libre.

La commission présentait les candidats *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Foville, Krishaber, Magitot, Mesnet, de Ranse, Worms.

Au premier tour de scrutin, sur 94 votants, majorité 48, M. Mesnet obtient 32 voix, M. Worms, 23, M. Krishaber, 22, M. Magitot, 16 ; il y a, de plus, un bulletin blanc.

des vomissements, d'autres n'en auront pas. Il y a donc là des idiosyncrasies. Comment peut-on voir qu'un chloroforme est plus apte qu'un autre à donner des vomissements et de la céphalalgie?

Ce qui fait le danger, c'est que beaucoup de personnes, encore aujourd'hui, ne donnent pas le chloroforme par petites doses graduées. Quand le chloroforme est bien administré, il ne tue jamais et même il a très peu d'inconvénients.

M. Verneuil. Le chloroforme que l'on trouve dans les pharmacies de Paris est généralement de très bonne qualité, il a une odeur agréable.

Pour les vomissements, les qualités du chloroforme sont d'importance secondaire. Cet agent a une action irritante sur le pharynx qui réveille les malades, d'où la facilité avec laquelle on endort les malades qui ont subi la trachéotomie.

M. Perrin croit que la proposition de M. Gosselin est dangereuse en ce sens qu'elle engagerait la responsabilité du chirurgien dans tous les cas d'accidents dus au chloroforme. Il ne croit pas que la façon d'administrer l'anesthésique puisse suffire à expliquer les différences que l'on a rencontrées.

M. Regnault ne peut pas aborder le terrain clinique, il veut seulement qu'on se défie du réactif signalé. Ce réactif parle quand il devrait se taire, et se tait quand il devrait parler.

Il y a certainement des gens très rebelles au chloroforme, M. Regnault, par exemple, qui éprouve sous l'influence du chloroforme des phénomènes d'excitation très intenses, en même temps que des envies de vomir et des vertiges nauséeux.

La séance est levée à cinq heures et demie.

VARIÉTÉS

L'attitude des morts sur les champs de bataille (1).

M. Brown-Séquard vient de communiquer à l'Académie des sciences le résultat des nombreuses études physiologiques qu'il a entreprises, à l'effet d'expliquer des faits plusieurs fois observés sur les champs de bataille par les chirurgiens militaires. Il s'agit des attitudes que les soldats conservent après la mort, au moment où ils sont frappés par une blessure mortelle.

On invoquait jusqu'ici l'état de fatigue extrême, l'épuisement du système nerveux et musculaire, mais l'éminent physiologiste ne pense pas que cette cause puisse donner une explication plausible du passage immédiat des muscles à un état de contraction capable de faire

(1) Cet article est extrait du *Journal d'hygiène.*

29e Année. — Tome I. — N° 20. Jeudi 16 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 15 *février* 1882.

L'Académie avait à nommer hier un académicien libre, en remplacement de Peisse.

La commission, chargée de faire une liste de présentation, s'était bornée à placer les candidats par ordre alphabétique.

L'élection, qui devait être chaudement disputée, avait attiré à l'Académie la presque unanimité des membres de la docte assemblée. Les voix se sont réparties entre les noms sympathiques de MM. Mesnet, Worms, Krishaber et Magitot..

Au troisième tour de scrutin, M. Mesnet a été élu par 56 suffrages contre 37 qui s'étaient portés sur M. Worms.

Depuis quelques années, M. le professeur Regnault s'est beaucoup occupé du chloroforme anesthésique et des moyens d'en déceler les impuretés. Il est venu signaler hier les défauts d'un réactif proposé récemment, mais très défectueux, car, selon l'expression de M. Regnault, il parle quand il devrait se taire, et se tait quand il devrait parler. Il s'agit de la solution de permanganate de potasse qui doit conserver sa belle couleur violette lorsqu'elle est agitée avec du chloroforme chimiquement pur et doit verdir dans les autres cas. Or il suffit d'une goutte d'alcool, corps absolument inoffensif, pour faire verdir la solution de permanganate de potasse, tandis que le chloroforme le plus dangereux, comme celui que M. Regnault possède dans son laboratoire, peut laisser la couleur du réactif absolument intacte.

Une courte discussion a suivi la lecture de cette note. M. Gosselin croit que le chloroforme qui arrive dans les mains du chirurgien est toujours assez pur et que les accidents gastriques sont dus à des idiosyncrasies; les cas de mort, d'ailleurs très rares, surtout en France, sont dus à l'imprudence du chirurgien qui sait mal donner le chloroforme. M. Maurice Perrin est effrayé de la responsabilité que cette opinion fait peser sur nos confrères. M. Verneuil fait remarquer l'action irritante du chloroforme sur le pharynx et rappelle avec quelle facilité on endort les malades qui ont subi la trachéotomie.

Hyperostoses symétriques des membres d'origine probablement rhumatismale.

(*Suite*) (1).

Par MM. le Dr H. Huchard,
Médecin de l'hôpital Tenon.
et P. Binet,
Interne des hôpitaux.

Depuis trois ans environ, la malade ressent des douleurs sourdes dans les jambes et surtout dans les genoux, particulièrement du côté gauche, et accompagnées parfois d'élancements. Ces douleurs s'exagèrent aux changements de temps et par la fatigue ; elles cessent par le repos et pendant le sommeil. C'est à partir de cette époque, c'est-à-dire il y a trois ans, que la malade remarque que ses jambes se courbent et se déforment peu à peu. Auparavant, elles étaient absolument droites et bien conformées. Elle n'a jamais ressenti de douleurs dans aucune autre région du corps ; jamais rien qui ressemble à des douleurs fréquentes ou à des crises viscérales.

La déformation des avant-bras est postérieure à celle des jambes ; il y a environ 18 mois seulement qu'elle attire l'attention de la malade. Du reste elle n'a jamais éprouvé de douleurs ni de fourmillements aux membres supérieurs.

Il y a deux ans, alors que les déformations des jambes avaient commencé à s'accentuer, elle s'est précipitée dans les escaliers de son domicile dans l'intention de se tuer, sous l'influence du violent chagrin que lui causa le départ de son fils comme soldat. Elle a été relevé sans connaissance, mais sans lésion grave, sans fracture et est restée quelques jours au lit.

Quelque temps après, il y a dix-huit mois environ, nouveau chagrin causé par la fausse nouvelle de la mort de son fils. Perte de connaissance avec hallucinations dans lesquelles elle voit son enfant.

Depuis lors elle a parfois des étourdissements passagers et des vertiges accompagnés de perte de connaissance. Jamais de convulsions ni d'écume aux lèvres, jamais d'idées délirantes. Elle accuse seulement des céphalalgies fréquentes pendant ces deux dernières années.

Il y a dix-huit mois, il est survenu subitement sans vertige, ni perte de connaissance, une paralysie du côté gauche. La malade était à table quand tout à coup elle laisse à deux reprises tomber le pain qu'elle tenait de la main gauche. Elle veut alors se lever, mais elle sent que sa jambe gauche se dérobe sous elle et qu'elle va tomber. A la suite de cette attaque, elle reste alitée pendant cinq

(1) Voir *France médicale*, n° 19, p. 217.

mois. Peu à peu le mouvement est revenu dans la jambe et le bras gauche, qui sont longtemps restés plus faibles que ceux du côté droit. Actuellement, cette faiblesse relative est peu prononcée ; elle subsiste encore surtout sur le membre supérieur, ainsi que nous l'avons déjà signalé par le dynamomètre.

Le dimanche qui a précédé son entrée à l'hôpital, la malade a eu encore un étourdissement avec perte de connaissance qui a duré une demi-heure, et toujours sans convulsions. C'est la cinquième attaque de ce genre que la malade aurait depuis le début de son affection.

Enfin pendant son séjour de plus de deux mois à l'hôpital, on ne constate ni vertiges, ni étourdissements, aucun trouble intellectuel. Elle présente seulement de fréquentes épistaxis se répétant parfois deux fois dans les 24 heures. Elle a pris sans résultat sensible du salicylate de soude et de l'iodure de potassium, et elle quitte le service le 30 décembre, dans le même état qu'à son entrée.

En résumé, nous sommes en présence d'une malade âgée de 60 ans, présentant une déformation, — courbures anormales, hyperostoses — limitée symétriquement aux avant-bras et aux jambes. Ces déformations ne remontent pas au delà de trois ans pour les jambes, de deux ans pour les avant-bras. Postérieurement à leur apparition, la malade a présenté quelques troubles nerveux, vertiges et pertes de connaissance, puis hémiplégie dont la cause reste obscure. Rien de particulier à noter dans les antécédents ; pas de syphilis, pas de scrofule ; le rhumatisme seul pourrait être invoqué.

Discussion du diagnostic. — La première idée qui vient à l'esprit en examinant ces déformations, c'est de les rapporter au rachitisme ; mais tout le reste du squelette est bien conformé ; pas de déviation rachidienne, pas de chapelet costal, pas de projection du sternum, ni de rétrécissement du bassin. Du reste, cette opinion doit tomber devant ce fait capital que les incurvations des membres ne remontent pas à plus de trois ou quatre ans ; la malade affirme qu'avant cette époque ils étaient parfaitement bien conformés, et que jamais pendant son enfance elle n'a présenté d'incurvations rachitiques. Quant à l'objection qu'il pourrait s'agir d'un rachitisme tardif dû à là fatigue, à de mauvaises conditions hygiéniques, elle doit être abandonnée devant cette considération que le rachitisme étant une maladie de développement du système osseux, on ne peut en admettre l'existence à un âge où ce développement est depuis longtemps terminé. La date extrême pour le rachitisme tardif est, suivant les auteurs, de 22 à 25 ans pour les garçons, de 18 à 20 pour les filles. « Passé cette époque, dit Tripier (1), toutes les lésions du tissu osseux, qu'elles tiennent à

(1) Art. Rachitisme. Dict. encycl. p. 671.

ˈINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 21 SAMEDI 18 FÉVRIER 1882

LA

ˈRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX

On s'abonne chez

ˈLAHAYE et E. LECROSNIER

Place

l'École-de-Médecine

PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS

UN AN

FRANCE........... 15 fr.

UNION POSTALE... 18 fr.

PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

ˈresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.

ˈs ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.

ˈs'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se conˈ
ˈs sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 21. Samedi 18 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Observation pour servir à l'histoire du tympanisme sous-claviculaire dans la pleurésie.

Par le Dr Henri Sainton.
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin en chef de l'hospice et de l'asile des aliénés de Tours.

Dans une récente communication à la Société médicale des hôpitaux, M. Grancher a exposé les résultats de ses recherches sur le tympanisme sous-claviculaire, étudié au point de vue du pronostic des épanchements pleurétiques.

Les indications pronostiques qu'il donne sont fondées sur les différents modes suivant lesquels le tympanisme sous-claviculaire se combine avec les résultats donnés par les autres moyens d'investigation physique, la palpation et l'auscultation.

A ce point de vue, trois circonstances peuvent se présenter, et à chaque combinaison correspond un état physique différent du poumon.

1° Le tympanisme sous-claviculaire s'accompagne d'une augmentation simultanée de la respiration et des vibrations vocales ; cet ensemble de signes indique l'intégrité du lobe supérieur du poumon.

2° Le tympanisme sous-claviculaire coïncide avec une augmentation des vibrations vocales, mais la respiration est diminuée Cette combinaison indique que le lobe supérieur est atteint d'une lésion propre, complice ou cause de la pleurésie.

3° Enfin le tympanisme sous-claviculaire se rencontre avec une diminution du murmure vésiculaire et une diminution des vibrations. Ce type, assez rare, est l'indice d'une compression du hile du poumon ou encore d'un œdème pulmonaire concomitant d'un hydrothorax.

C'est au second type qu'a trait l'observation que je vais rapporter. La lésion pulmonaire qui a engendré la combinaison de signes qui caractérise ce type, dans toutes les observations oui ont servi à M. Grancher pour en établir la valeur pronostique, été soit un état congestif simple qui disparaissait par la suite, soit bien plus souvent une congestion d'origine tuberculeuse qui, au contraire, persistait et évoluait dans le sens d'une phthisie.

Voici une observation que je viens de recueillir dans mon service, et qui, si la lésion est différente de celles dont parle M. Grancher, n'en démontre que plus fortement l'exactitude et la portée des indications sémiologiques qu'il a données.

Le nommé L..., atteint de folie alcoolique et en voie d'améliora-

tion, accuse le 31 décembre, à la visite du matin, du malaise, de la toux et un point de côté à droite. Au premier examen, je constate du côté droit de la poitrine une matité absolue s'étendant depuis la base jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de la pointe de l'omoplate. La palpation révèle, dans la même étendue, une abolition complète des vibrations vocales, et, à l'auscultation, on entend un souffle pleurétique manifeste, avec égophonie.

La fièvre est marquée : 39°,4 le matin et 39°,8 le soir.

La toux est assez fréquente, enfin l'expectoration peu abondante, blanchâtre, est peu aérée et assez adhérente au fond du vase.

L'examen des autres régions du thorax n'indique rien de particulier.

Le lendemain, je constatai une matité encore plus étendue et j'examinai la poitrine avec le plus grand soin.

Au sommet droit et en arrière, il n'y a aucune modification appréciable de la sonorité, ni du murmure vésiculaire.

En avant, il existe, sous la clavicule droite un tympanisme très net ; mais en même temps on constate une diminution du bruit respiratoire rendue tout à fait évidente par la comparaison avec le côté opposé. Par contre, les vibrations vocales sont notablement exagérées.

Je ne connaissais encore que très incomplètement les recherches de M. Grancher qui n'en avait communiqué que la première partie ; j'en ignorais les conclusions, mais mon attention avait été attirée par la lecture du compte rendu de la Société médicale des hôpitaux. Je fus donc frappé des signes que je constatais et je fis part aux élèves de mon service des craintes qu'ils m'inspiraient touchant l'état du parenchyme pulmonaire ; c'est à une tuberculose restée jusque-là latente que je pensais ; je dois toutefois noter que rien dans les antécédents héréditaires du malade, ni dans son état antérieur, ne corroborait ces craintes ; il est de constitution robuste, et depuis son admission à l'asile, sa santé physique était excellente.

La fièvre était toujours vive, et la soif ardente ; la dyspnée restait modérée, la toux était fréquente, enfin l'expectoration présentait les mêmes caractères que la veille.

Le lendemain, je retrouve les mêmes signes dans la région sous-claviculaire. En arrière, l'épanchement pleural paraît avoir diminué : du moins la zone de matité remonte moins haut ; mais au sommet, dans la fosse sus-épineuse, je constate une diminution notable de la sonorité dont il n'existait aucune apparence le jour précédent. En même temps, l'auscultation me révèle un souffle bronchique très évident sur un point limité et alentour, sur une zone assez étendue, des râles crépitants.

La toux est toujours assez fréquente, les crachats continuent à

être assez adhérents au fond du vase; enfin ils sont en quelques rares points légèrement sanguinolents.

Le lendemain matin, tous les points où s'entendaient des râles crépitants sont le siège d'un souffle tubaire des plus nets.

En avant, l'exploration de la région sous-claviculaire fournit toujours le même ensemble de signes physiques : exagération de la sonorité et des vibrations vocales, diminution du murmure vésiculaire.

Au point de vue du diagnostic, la situation s'était trouvée grandement éclairée par l'apparition des signes d'une pneumonie du sommet laquelle, du reste, a évolué très régulièrement. Aujourd'hui la guérison est complète; l'épanchement pleural est entièrement résorbé.

Mais ce qui m'a paru surtout digne d'intérêt dans cette observation et m'a déterminé à la publier, ce sont les particularités remarquables qu'ont présentées les résultats de l'examen physique dans la région sous-claviculaire.

Partout où M. Grancher a observé dans une pleurésie, en même temps que le tympanisme, une exagération des vibrations vocales, et une diminution du bruit respiratoire, il s'agissait d'épanchements se compliquant d'un état congestif simple ou de nature tuberculeuse du lobe supérieur, et il en conclut que cette combinaison de signes indique toujours un état pathologique de ce lobe. Or, voici un homme alcoolique qui présente un épanchement pleural résultant ou concomitant d'une pneumonie du sommet encore latente probablement centrale; l'exploration de la région sous-claviculaire révéle l'existence des signes précédents et montre par conséquent, avant tout autre symptôme positif, que le sommet du poumon est malade, permettant ainsi dès ce moment au médecin d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une pleurésie simple et qu'il y a derrière elle une altération du parenchyme pulmonaire qui domine évidemment la situation, surtout au point de vue du pronostic.

Ce fait est donc très démonstratif, et il confirme en tous points les conclusions de M. Grancher.

Observation d'hystérie chez l'homme.

Par le Dr Rueff.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société clinique un cas d'hystérie chez l'homme. Bien que les cas de ce genre soient loin d'être rares, nous avons cru utile de publier celui-ci qui nous a paru remarquable par la nature de sa cause et par les incidents que nous avons eu à constater.

Le jeune homme sujet de l'observation est âgé de 17 ans, exerce la profession d'employé de bureau chez un banquier.

Antécédents héréditaires. — Son père, âgé de 48 ans, se porte bien, exerce la profession de concierge dans une grande administration publique ; il est sobre, rangé, n'a pas fait d'excès alcooliques. Les grands parents paternels n'ont pas eu d'affections nerveuses.

Les renseignements que nous avons obtenus établissent une certaine prédispositon créée par la ligne maternelle. La mère est en effet sujette à des crises nerveuses, se produisant sous l'influence des contrariétés et caractérisées par des spasmes musculaires et des pleurs. Son grand père maternel aurait mené une existence assez désordonnée, était violent, brutal ; il faisait des excès alcooliques et se serait suicidé par suite de la misère profonde dans laquelle il était tombé. Une des sœurs de la mère est sujette à des crises d'hystérie.

Le malade a un frère mort à l'âge de 3 ans d'une méningite tuberculeuse.

Nous ne trouvons donc en fait d'antécédents héréditaires bien caractérisés que l'hystérie de la mère et l'alcoolisme du grand père maternel. Les autres ascendants ne paraissent pas avoir été atteints d'aucune névrose.

Antécédents personnels. — Le malade est, avons-nous dit, âgé de 17 ans ; il a reçu une instruction primaire, a toujours montré un certain goût pour l'étude. Il lisait beaucoup, surtout des ouvrages de littérature et d'histoire, mais ne s'occupait pas de magnétisme ni de sciences occultes. Il n'a pas l'esprit mystique, quoique sa famille fût pieuse et quelle l'eût religieusement élevé.

Il faisait depuis quelques mois des opérations de bourse pour le compte de son patron, et se surexcitait beaucoup dans cette besogne. Sa vie a toujours été très régulière et son caractère très doux. Il a eu, à l'âge de 2 ans, des convulsions dentaires ; depuis il s'est bien porté.

Le 14 janvier, il assiste par hasard à une séance de magnétisme de la salle Herz, mais il n'a été soumis à aucune manœuvre. Le lendemain matin 15 janvier, il se lève à 9 heures, accuse une profonde envie de dormir ; on dirait, dit-il, que j'ai été ensorcelé. Il est somnolent pendant toute la journée ; à 3 heures, il se met à table, présente une certaine excitation contraire à ses habitudes. Vers 4 heures et demie il éprouve le besoin de prendre l'air, se sent étouffé et étant à la croisée pousse un grand cri. C'est le cri qui a ouvert la scène ; dès lors le malade s'agite, se débat, les membres inférieurs et supérieurs se meuvent dans tous les sens ; des mouvements de flexion, d'extension, de rotation, se succèdent avec la plus grande rapidité. La tête se roidit, se renverse en arrière ; les yeux se cachent sous la paupière supérieure, les dents se serrent l'une contre l'autre ; les mouvements respiratoires, malgré cette grande agitation, sont très lents. Il paraî

y avoir une tétanisation générale de tout le système musculaire. A certains moments le malade échappe avec une grande agilité aux mains qui le retiennent et saute hors du lit.

Cet état s'est calmé au bout d'une demi-heure environ et le malade retombe dans son lit où il reste les yeux ouverts. Il est pris alors d'un délire sans aucune incohérence et invoque d'abord certaines personnes de sa famille, qui ont succombé depuis de longues années; il fait preuve à cet égard d'une hypermnésie remarquable. Puis il est repris d'une certaine agitation analogue à celle que nous avons décrite et se met à prononcer son oraison funèbre en termes fort éloquents. A un autre moment il exalte le dévouement professionnel des médecins, et cite le nom de quelques victimes de leur devoir, entre autres celui d'Herbelin qu'il ne connaissait autrement que par les journaux.

Pendant tout ce délire il existe une anesthésie générale, une obtusion de tous les sens; le malade ne voit ni n'entend ses parents qui sont autour de lui et qu'il appelle souvent. Les muscles gardent l'attitude qu'on leur impose. Il y avait chez lui une catalepsie incomplète, car pour obtenir de la contracture il fallait soutenir le membre pendant quelques secondes.

L'accès a ressemblé beaucoup à ce que l'Ecole de la Salpêtrière a décrit sous le nom d'hystéro-épilepsie. Nous avons eu la période épileptoïde avec ses mouvements toniques et cloniques, puis des contorsions et enfin du délire. Les attitudes passionnelles ont seules manqué au tableau.

Cet état de crise avec rémissions pendant lesquelles il y a du délire dure jusqu'à 11 heures du soir. Puis le malade tombe dans une sorte de stupeur mélancolique, reste immobile dans son lit, les traits de la face contractés, les yeux ouverts, comme sous le coup d'hallucinations terrifiantes. Il ne réagit sous aucune impression, ne reconnaît pas sa famille.

Le 16 janvier à 7 heures du matin, il sort de cet état, se lève, paraît reconnaître les personnes qui l'entourent, mais il est dans l'impossibilité absolue de leur parler. Lorsqu'on lui adresse la parole il exprime par des gestes qu'il ne peut répondre, mais il n'a pas cette mimique expressive que l'on constate dans l'aphasie. Le malade ne peut répéter aucun des mots qu'il entend, mais il n'a aucune difficulté pour les écrire, ainsi que pour désigner par l'écriture les objets qu'on lui présente. Il fait même un dessin pour signaler la nature des sensations qu'il éprouve.

Ce mutisme persiste pendant toute la journée et il a encore deux ou trois petites crises convulsives. La parole lui revient le soir; il nous dit alors que les mots ne lui manquaient pas, mais qu'il lui était impossible de les articuler. Il paraît avoir été sous le coup

d'une glossoplégie analogue à celle du malade dont M. le professeur Ball signalait l'observation à la Société de Biologie en 1879.

Nous le voyons dans la soirée avec le D[r] Chambard et nous constatons qu'il est tombé dans une sorte de léthargie cataleptiforme; les membres sont rigides, lourds à soulever et restent dans la position où on les met. Les yeux sont fermés, la pupille portée en haut. Il reste dans cet état pendant toute la nuit du 16 au 17 janvier.

Le 17 au matin le malade a toute sa connaissance, s'exprime avec facilité, mais se plaint d'être complètement aveugle. Il raconte qu'il a devant les yeux un brouillard qui lui masque la vue. La pupille est dilatée, ne réagit pas sous l'influence de la lumière; le passage de la main devant les yeux ne provoque pas de clignotement des paupières. Le fond de l'œil n'a pas été examiné. Il se plaignait aussi de sentir le cours de son sang qui, après avoir remonté sur les parties latérales du cou, rencontrerait un obstacle dans l'oreille et donnerait à ce niveau lieu à des battements. L'amaurose a duré quatorze heures environ.

Le sujet a perdu le souvenir absolu de ce qui s'est passé autour de lui, de ses actes et paroles. Il a même oublié la séance de magnétisme à laquelle il avait assisté. Nous avons essayé, en lui fournissant quelques points de repère, de faire renaître ce souvenir, mais inutilement. Ce fait d'amnésie rapporté à l'hypermnésie constatée pendant l'accès rappelle le doublement de la mémoire, signalé dans le somnambulisme. Nous avons constaté ultérieurement que la mémoire des faits qui ont précédé l'accès lui est revenue onze jours après.

Les 18, 19 janvier, le malade se trouve bien, peut marcher, mais éprouve une grande sensation de fatigue; l'amnésie avait persisté.

Conclusions. — Avant de clore cette observation nous avons à présenter quelques réflexions sur les questions les plus intéressantes qu'elle soulève. Pour ce qui concerne l'hérédité, nous sommes en présence d'un cas de transmission héréditaire dont Esquirol, Marie, Moreau, de Tours, ont signalé de nombreux exemples. Il est à remarquer aussi que l'alcoolisme s'est transformé chez la fille et le petit-fils en hystérie.

D'autre part l'accès paraît avoir été provoqué par une exhibition de magnétisme animal et démontre l'influence pernicieuse qu'elle peut avoir sur les esprits faibles.

L'association successive des accidents tels que convulsions, léthargie, somnambulisme, nous indique combien, même chez l'homme, l'hystérie peut revêtir de faces. Elle vient à l'appui de la théorie d'après laquelle le somnambulisme n'est pas une maladie spéciale, mais une des nombreuses manifestations de l'état hystérique.

Hyperostoses symétriques des membres d'origine probablement rhumatismale.

(*Suite et fin*) (1).

Par MM. le Dr H. HUCHARD,
Médecin de l'hôpital Tenon.
et P. BINET,
Interne des hôpitaux.

En 1876, M. Cadiat (2) présenta à la Société clinique un travail avec observations à l'appui, dans lequel il arrive à cette conclusion que l'arthrite sèche rhumatismale débute habituellement par les extrémités osseuses et que le rhumatisme peut mieux s'attaquer directement aux os, indépendamment de toute altération articulaire, et y déterminer des lésions spéciales caractérisées, surtout par des osteopériostites hypertrophiantes. Dans une des séances suivantes, M. Feréol, à propos de la communication de M. Cadiat, rappelle les descriptions qu'Adams donne à ce sujet dans son Traité du Rhumatisme goutteux. L'atlas joint à cet ouvrage renferme plusieurs planches représentant des hyperostoses dues au rhumatisme. M. Feréol (2) joint lui-même trois nouvelles observations à celles d'Adams et de Cadiat. La dernière surtout nous intéresse, parce que outre l'hypertrophie il existait une courbure des deux tibias qui rappelait le rachitisme. Le professeur Nélaton, appelé en consultation, avait pensé à l'ostéomalacie. Les mêmes difficultés existaient donc que pour notre cas. M. Ferréol conclut que le rhumatisme peut porter son action sur le système osseux, soit consécutivement aux lésions articulaires, soit *primitivement*.

Le professeur Gosselin passant en revue les observations des auteurs que nous venons de citer, résume l'état de la question en divisant les cas de rhumatisme osseux en trois catégories :

1re var. — Ostéite rhumatismale des os plats et plus particulièrement du maxillaire interne (la plupart des cas d'Adams).

2e var. — Ostéite rhumatismale avec arthrite (observations de Cadiat).

3e var. — Ostéite rhumatismale des os longs sans arthrite concomitante.

D'autre part, plusieurs auteurs ont décrit, sans essayer de les rattacher à aucune cause générale, des hyperostoses locales ou généralisées, qu'ils ont considérées comme idiopathiques. Tels sont les

(1) Voir *France médicale*, nos 19 et 20, p. 217 et 230.
(2) Cadiat, Bulletins de la Société clinique, 21 mars 1876.
(3) Feréol, Bulletins de la Société clinique, 2 mai 1876.

cas d'hypertrophie générale des os de la face, signalés par Wirchow (1), sous le nom de leontiasis osseux; par M. Le Dentu (2), dans un travail publié dans la *Revue mensuelle*. Dans d'autres observations, l'hyperostose s'est étendue à tout le squelette; tels sont les cas de Saucerotte, de Friedreich (3), et ceux plus récents décrits par Henrot (4); tel est encore celui qui a fait l'objet d'une communication récente de MM. Rathery et Leloir (5). La malade, figurée sur la planche annexée à ce dernier travail, présente une analogie remarquable avec la nôtre; la déformation des jambes avec incurvation au dedans s'y retrouve; même aspect éléphantiasique des membres inférieurs. Mais il en diffère par la généralisation plus grande des déformations et des hyperostoses qui restent limitées, chez notre malade, aux jambes et aux avant-bras.

Les altérations osseuses présentées par notre malade sont évidemment des hyperostoses, mais devons-nous les considérer comme idiopathiques ou les rattacher au rhumatisme?

L'expression d'idiopathique n'a pas de signification par elle-même; elle implique simplement l'absence de cause reconnue. Or nous pensons que chez notre malade la cause rhumatismale peut être invoquée.

En effet, en même temps que les hyperostoses et les déformations, on constate, comme dans les observations de MM. Cadiat et Ferréol, les lésions de l'arthrite sèche; les deux genoux présentent des craquements manifestes et sont le siège de douleurs. La fréquence des épistaxis chez notre malade, l'existence de douleurs articulaires chroniques chez son père nous autorisent encore à en faire une arthritique.

La symétrie même des lésions qui font éveiller l'idée d'un trouble trophique d'origine médullaire, s'explique dans une certaine mesure par l'arthritisme dans lequel Bazin a signalé depuis longtemps une tendance à la symétrie. Au reste, il est probable que beaucoup d'hyperostoses décrites comme idiopathiques pourraient être rattachées à la cause générale arthritique; car, dans plusieurs des observations publiées, l'état des jointures ne paraît pas avoir attiré l'attention, et du reste il résulte des communications de MM. Cadiat et Ferréol, et de la discussion qu'elles ont provoquée, que le rhumatisme peut porter directement et primitivement son action sur le système osseux.

(1) Wirchow, Pathol. des tumeurs, trad. franç., tome II, p. 20.
(2) Le Dentu, Revue mensuelle, 1879.
(3) Freidreich, Archives de Wirchow, 1868, p. 85.
(4) Henrot, Société médic. de Reims, 1877.
(5) Rathery et Leloir, Revue de médecine, 1881, n° 9.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Seançe du 15 *février* 1882. — *Présidence de M.* L. LABBÉ.

M. Houzé de l'Aulnoït dépose sur le bureau une brochure sur les modifications de volume des membres dans les affections chirurgicales, constatées par la méthode graphique.

NÉVROME PLEXIFORME. — *M. Verneuil* rappelle qu'il a émis l'opinion que la malade, présentée par M. Labbé à la dernière séance, était atteinte de névrome plexiforme, caractérisé par l'hypertrophie des filets nerveux cutanés.

Il rappelle l'historique de la question, cite les cas de Valentine Mott (*Medico-chir. transactions*, 1854), qui déjà disait que le siège de prédilection de ces tumeurs était la partie supérieure et externe de la face, celui de M. Depaul (Soc. anat., 1857), reproduit dans Follin (Traité de pathol. externe), celui que Guersant présenta l'année suivante à la Société de chirurgie, celui de Billroth et Czerny, publié sous le titre de : Névro-fibrome plexiforme de la paupière supérieure et de la tempe, le mémoire de Christau (de Lyon), en 1870.

Toutes ces tumeurs siégeaient dans la région de la tempe et la partie latérale du cou,

En 1874, Czerny en publie un autre cas, où le siège était la région lombaire.

M. Verneuil fait passer les planches sous les yeux de la Société.

Ces cas, et en particulier un de Valentine Mott et celui de Billroth, ressemblent exactement à celui qui a été présenté par M. Labbé.

M. Després montre les planches du livre d'Allard où sont représentées des tumeurs semblables à celle de M. Labbé, et qui sont décrites sous le nom d'éléphantiasis. (Malheureusement l'examen histologique manque.)

Il a vu deux névromes plexiformes : ils étaient sous-cutanés.

Les lésions qu'on a montrées ici appartiennent à la peau ; il ajoute que ça ressemble beaucoup plus à un éléphantiasis de la peau qu'à autre chose.

M. Faucon (de Lille), membre correspondant, envoie une observation intitulée : Extirpation d'un kyste synovial de la face dorsale de la main gauche, faite d'après la méthode antiseptique. Guérison.

M. Fleury (de Clermont-Ferrand) envoie une observation de taille bilatérale pour un calcul vésical, suivie de fistule périnéale.

STATISTIQUE DE M. DESPRÈS. — *M. Després* donne la statistique de son service à l'hôpital de la Charité pendant les deux années qu'il vient d'y passer. Ses malades ont tous été soignés par les méthodes de pansement anciennes, les cataplasmes, l'eau alcoolisée, le diachylon.

Il a eu à traiter 401 malades; il a eu 23 décès; il en énumère les causes.

Il a fait 59 opérations; il a eu 5 décès opératoires.

Les malades entrés pour des blessures graves ont tous guéri.

Ceux qui avaient des affections inflammatoires ont tous guéri aussi.

M. Polaillon trouve qu'il y a une lacune dans la statistique de M. Desprès; il n'est pas fait mention du temps qu'ont mis les malades à guérir.

M. Desprès répond que c'est là une question difficile à juger, parce que cela dépend du moment où l'on intervient.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Action désinfectante de la poudre de café torréfié,

Par M. le Dr Barbier.

Il y a dix-neuf ou vingt ans, étant requis pour expertise médico-légale, je me trouvais, avec le juge d'instruction de Roanne et sa suite, dans un cabaret de campagne, où un homme avait été assassiné l'avant-veille.

Ce jour-là, la chaleur était excessive, folle et à défier nos plus hautes températures d'Alger. Introduits dans une chambre fermée où le cadavre gisait sur le sol, nous fûmes tous pris à la gorge et bientôt dans un état voisin de l'asphyxie, à ce point que je donnai le premier le mauvais exemple de la retraite.... Mais voici que le juge d'instruction, sans se déconcerter, demanda du café en poudre au cabaretier qui lui en apporta une pleine assiette et qu'il se mit à répandre à pleines mains sur le cadavre, contre les murs et sur le plancher. *Ipso facto* l'odeur disparut et je pus faire l'autopsie sans en être trop incommodé.

— Qu'avez-vous fait là? dis-je au magistrat.

— Comment, me répondit-il, vous ne connaissiez pas ce moyen...?
— Non... — Eh! bien, je vous l'apprends.

A quelque temps de là, étant appelé à faire l'autopsie d'un enfant nouveau-né retiré de l'eau où il avait séjourné une huitaine de jours, je saupoudrai le petit cadavre et, m'adressant au commissaire *non prévenu*:

— Que sentez-vous? lui dis-je.

— Je ne sens que le café.

Plus tard, enfin, le corps d'un vieux prêtre étant exposé dans une chapelle ardente, et répandant les émanations les plus méphitiques, j'y semai 1 kilogramme de poudre de Moka. Aussitôt, au plus grand

étonnement de la foule, la mauvaise odeur ne reparut pas jusqu'au lendemain, jour de l'inhumation.

Comment se fait-il, je me demande, que depuis la connaissance de ces faits, je n'aie jamais employé le café, en poudre ou en décoction, sur les ulcères sordides ou sur les appareils de pansements après les opérations chirurgicales que je pratiquais fréquemment dans mon petit hôpital ?... Or, voici que, il y a quelques semaines, j'y ai songé et j'ai réussi pour la cicatrisation d'une eschare au sacrum chez un vieux juif en état de *tabes* ; aussi je me promets bien désormais de remplacer par ce nouveau pansement le classique mélange de charbon, quinquina et chlorure de chaux, dans tous les cas d'ulcères de mauvaise nature, d'anthrax, etc.

Qui n'a, comme moi, regretté de voir s'échapper aux quatre vents de la rue ce principe aromatique nommé *caféine* ou *caféone* qui se dégage du brûloir en pure perte pour les gourmands... Si l'on ne peut éviter la déperdition de la caféine, qu'on l'utilise au moins pour purifier nos bâtiments et nos habitations particulières.

Je rappelle, enfin, l'influence neutralisante du café sur les effets du narcotisme produit par le tabac et toutes les solanées vireuses, il en est le meilleur antidote. Tout fumeur sait qu'une gorgée bue à la 1/2 *tasse* éclaircit les brouillards du narcotinisme.

Comment agit le fruit du caféier dans son rôle de désinfectant ?... *Est-ce* comme absorbant ou comme neutralisant chimique, je l'ignore, mais je ne le conseille pas moins à tous et à chacun. De nombreux confrères, auxquels je fis connaître cette méthode dans le temps, m'ont dit s'en être parfaitement et toujours bien trouvés.

(*Journ. de méd. et de pharm. de l'Algérie*).

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 20 au 25 février 1882.) — *Lundi*, 20. — Doctorat, 3e : MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 4e : MM. Bouchardat, Hayem et A. Ollivier. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Parrot et Marchand.

Mercredi, 22. — Doctorat, 1er : MM. Béclard, Tillaux et Terrillon. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 3e . MM. Regnauld, Gariel et Bourgoin. — 4e : MM. Bouchardat, Charcot et Rendu. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Parrot et Pinard.

Jeudi, 23 — Doctorat, 4e : MM. G. Sée, Bouchard et Joffroy. — 4e : MM. Peter, Brouardel et Grancher.

Vendredi, 24. — Doctorat, 1er : MM. Verneuil, Duplay et Remy. — 3e (nouveau mode), 2e partie, pathologie interne, pathologie générale : MM. Charcot, Fournier et Landouzy.

Samedi, 25. — Doctorat, 1er : MM. Sappey, Panas et Peyrot. — 5e (Charité) : MM. Richet, Peter et Charpentier.

Samedi, 25. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — M. le Dr Dumenil est nommé professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Flaubert, décédé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un concours pour la nomination à une place de chef de clinique chirurgicale ouvrira le mercredi 1er mars 1882. Les inscriptions seront reçues au secrétariat jusqu'au 28 février. La durée de ces fonctions est de trois années; le traitement annuel est fixé à 1 200 francs.

HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. — Un concours *sur titres* est ouvert pour la nomination de quatre élèves externes à la clinique ophthalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts. Les candidats sont priés de s'inscrire dès maintenant, tous les jours non fériés, de dix heures du matin à quatre heures du soir, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, à Paris, où il leur sera fourni tous les renseignements nécessaires.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au mercredi 15 février 1882 inclusivement.

LA FIÈVRE ET LES BANCS D'HUITRES. — La ville de Paquonnac, dans le Connecticut, est depuis quelque temps affligée par une mortalité considérable par suite d'une fièvre particulière, aux symptômes analogues à ceux de la fièvre scarlatine. Elle serait produite, disent quelques autorités savantes du pays, par les effluves des bancs d'huitres élevées en quantité très respectable dans le pays. Ces émanations, contaminant et empoisonnant le sang, occasionneraient une fièvre inflammatoire qui amènerait le plus souvent la mort, Cette question, posée par le *Food and Health*, parait mériter l'attention et l'étude des médecins américains et des médecins français de nos côtes du littoral où se parquent et s'élèvent ces mollusques dont nous faisons une si grande consommation dans les grandes villes. (*Journal d'hygiène.*)

NÉCROLOGIE. — Le Dr Ernest BOURGEOIS, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital et de la Maison centrale de détention de Melun, etc., etc., est décédé à Cannes (Alpes-Maritimes), le 25 janvier 1882, dans sa 39e année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie V.-A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, *place de l'École-de-Médecine.*

Du traitement des déviations de la colonne vertébrale par la méthode de Sayre (auto-suspension et corset plâtré), par le Dr COULOMB. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte et une planche. 3 fr. 50

Des cirrhoses mixtes, par le Dr GUITER. 1 vol. in-8. 3 fr. 50

Coexistence de la scarlatine et de la vaccine chez un même sujet, par le Dr FARRE. Broch. in-8. 50 c.

Maladie cérébro-gastrique, par le Dr LEVEN. Broch. in-8. 50 c.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Prince 3

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 22 MARDI 21 FÉVRIER 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX

On s'abonne chez

A. DELAHAYE et E. LECROSNIER

Place de l'École-de-Médecine

PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS

UN AN

FRANCE........... 15 fr.

UNION POSTALE... 18 fr.

PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.

Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.

On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE.

29e Année. — Tome I. — N° 22. Mardi 21 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

HOPITAL BEAUJON. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR LE FORT.

Hernie inguinale étranglée. — Fistule stercorale. — Guérison.

Par M. Carafi,
Interne des hôpitaux.

La nommée Morel (Cécile), âgée de 31 ans, couturière, entre le 18 juillet 1881, salle Sainte-Clotilde, n° 39.

A la suite d'une journée complètement debout, la malade vit apparaître, vers le 10 avril, dans la région inguinale droite, une petite grosseur, une hernie. Elle ne s'en préoccupa pas d'abord, lorsque, quelques jours après le début, elle comprima la tumeur et obtint ainsi sa réduction. Depuis lors, toutes les fois que la hernie sortait, elle parvenait à la réduire, quoiqu'il restât toujours, dit-elle, un petit noyau.

Les accidents ont commencé le vendredi 15 juillet. Ce sont d'abord les phénomènes locaux qui ont ouvert la marche. La hernie est devenue complètement irréductible, douloureuse à la pression. Les téguments correspondants ont un peu rougi. Le soir les vomissements ont commencé. D'abord vomissements alimentaires, puis vinrent des vomissements bilieux. Pas de vomissements fécaloïdes; le cours des matières a persisté jusqu'au dimanche 17 juillet.

Le 18. Les vomissements se sont arrêtés ce matin; le hoquet, les gargouillements et le ballonnement du ventre ont commencé aussitôt.

Le samedi matin la malade avait appelé un médecin qui essaya en vain le taxis pendant un quart d'heure.

Le lundi matin, nouvel essai infructueux de taxis.

C'est alors que la malade, conseillée par le médecin, entre à l'hôpital.

Tentative de taxis faite par l'interne de garde.

A la visite du soir, voici l'état de la malade : facies grippé, extrémités refroidies, mais non cyanosées; fréquence de la respiration normale; pas de congestion pulmonaire. Langue saburrale, haleine non fétide, ventre modérément ballonné. Hernie peu douloureuse. J'essaie le taxis pendant quelques minutes sur une tumeur herniaire qui offrait le volume d'une moitié d'orange, lorsque soudain, après deux ou trois légers gargouillements, je suis parvenu à une réduction qui semblait complète. En recherchant cependant sur l'extrémité externe de la tumeur à me rendre compte de la signification d'une saillie qui

s'y trouvait, je me suis aperçu qu'une partie au moins de la tumeur s'était logée entre les couches de la paroi abdominale. J'ajouterai qu'en déprimant les téguments avec le doigt, on sentait un orifice et que par conséquent il était difficile de se rendre bien compte de la nature des accidents.

La tumeur herniaire était mate dans toute son étendue. T., 37°.

Le 19. T. M., 36,8. Dans la nuit, insomnie, pas de vomissements, hoquet persistant, ventre beaucoup plus ballonné, tumeur herniaire beaucoup plus volumineuse et douloureuse qu'hier avant le taxis. Le diamètre longitudinal de la tumeur est de 17 centimètres. Son diamètre transversal est de 5 centimètres. Sa situation est au-dessus du pli de l'aine. Elle atteint l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

Après anesthésie, on fait une incision longue de 4 centimètres qui laisse écouler une très grande quantité de sérosité purulente contenue dans le sac. Pas d'écoulement de matières fécales. La paroi de cette cavité atteint presque la couche profonde de la peau, elle est donc très superficielle. Le doigt introduit au fond de cette cavité permet de reconnaître un orifice qui paraît être l'orifice inguinal interne. A côté de cet orifice on constate une masse mollasse à forme irrégulière qui paraît être l'intestin très adhérent et sortant par un orifice anormal. On lave la cavité avec de l'eau alcoolisée, puis on fait un pansement simple sans réunir. Le liquide qui s'est écoulé pendant l'opération n'a jamais présenté les caractères de matières fécales. Il y a donc lieu de se demander si ce n'est point un abcès autour de la hernie irréductible sans communication avec l'intestin.

Après l'opération, la malade éprouve un bien-être relatif. Le soir, à 6 heures, quelques vomissements alimentaires. T. 38,4. Rien ne coule dans le pansement.

Le 20. T. M., 38,8. Vomissements fécaloïdes. T. S., 38,2.

Le 21. T. M., 37,8. Vomissements fécaloïdes ce matin; nausées; le ventre est moins douloureux et plus souple.

T. S., 37,3. Vomissements abondants à 11 heures. Hoquet, dyspnée; le refroidissement des extrémités augmente.

Le 22. T. M., 38,2. Ballonnement stationnaire. T. S., 38,5. Un vomissement fécaloïde. Le ballonnement augmente. Dyspnée.

Le 23. T. M., 38,4. Ecoulement de matières fécales par la plaie. Un vomissement fécaloïde dans la journée. T. S., 37,8. L'état général baisse manifestement.

Le 24. T. M., 37,8. Situation en apparence moins mauvaise. Les extrémités se réchauffent. T. S., 37,8. Les mains sont chaudes. Le ballonnement diminue. L'écoulement de matières fécales a été abondant.

Le 24 dans la nuit. Le ballonnement diminue notablement, repos pendant la nuit, la respiration est parfaitement normale.

Les 21, 22 et 23. Application de vingt ventouses sèches pour combattre la dyspnée. Deux injections de 15 milligrammes de morphine chaque et potion avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque. Bouillon, lait, vin.

Le 25. T. M., 37,5. Etat général assez bon, respiration tranquille, pouls plein, 80 pulsations. La peau des extrémités est en moiteur et chaude. La langue est propre, le ballonnement a cessé. T. S., 37,3. Ecoulement très abondant de matières fécales.

Le 26. T. M., 37°. Même état. T. S., 36,9.

Le 27. T. M., 37,5.

4 août. Une selle par l'anus.

Le 5. Violent frisson précédé de vives douleurs abdominales. T. 40°. Vomissement alimentaire, injections de morphine 1/2 centigramme.

31 août. La suppuration qui avait suivi l'opération est complètement tarie depuis plus de dix jours. Le pansement employé a été la vaseline dans le but de prévenir les altérations de l'épiderme par le contact des matières fécales ; la plaie opératoire est réduite à une simple ligne, les matières fécales sortent par l'anus et ce n'est qu'à de rares intervalles que quelques matières prennent la voie de la fistule stercorale. Depuis trois semaines on favorise la fermeture de la fistule stercorale par la compression faite sur les lèvres de la plaie à l'aide d'un sac à moitié rempli de plomb de chasse. Dans ces derniers jours les applications du sac ont été intermittentes afin de les rendre plus supportables. C'est le 29 août qu'on a observé pour la dernière fois un écoulement très modéré d'ailleurs à travers la fistule.

10 septembre. M... quitte l'hôpital entièrement guérie.

Réflexions. — L'interprétation des phénomènes offre quelques difficultés, nous pensons cependant devoir nous arrêter à l'interprétation suivante : il s'agissait de l'étranglement d'une petite hernie inguinale dans un anneau accidentel de l'aponévrose du grand oblique; l'orifice inguinal était libre. La masse étranglée, sur laquelle on tomba après incision du sac, offrait un aspect mamelonné et une coloration grisâtre qui rendaient l'intestin méconnaissable, aussi M. Le Fort préféra-t-il laisser les choses en place et ne point réduire.

Nous avons aujourd'hui la preuve rétrospective de la justesse de notre interprétation; nous la tirons surtout de la persistance des phénomènes d'étranglement jusqu'au moment de la perforation de l'intestin.

Cette observation présente une certaine analogie avec celles rassemblées par M. Defaut, dans sa thèse sur le *Pincement latéral de l'intestin*, Paris, 1879.

Le calibre de la fistule stercorale égalait, au début, celui du petit doigt. La guérison a été obtenue en quarante-trois jours. Nous croyons que la compression de la fistule par le sac de plomb a contribué à hâter la guérison.

Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques (1).

Par M. J.-M. Charcot.

L'hypnotisme, considéré dans son type de parfait développement, tel qu'il se présente fréquemment chez les femmes atteintes d'hystéro-épilepsie à crises mixtes, comprend plusieurs états nerveux, dont chacun se distingue par une symptomatologie particulière. D'après mes observations, ces états nerveux sont au nombre de trois, à savoir : 1° l'*état cataleptique*, 2° l'*état léthargique*, 3° l'*état somnambulique*.

Chacun de ces états peut se présenter primitivement et persister isolément : ils peuvent aussi, dans le cours d'une même observation, chez le même sujet, être produits successivement dans tel ou tel ordre, au gré de l'observateur.

1° *De l'état cataleptique*. — Cet état peut se manifester primitivement sous l'influence d'un bruit intense, d'une lumière vive placée sous le regard, en conséquence de la fixation prolongée des yeux sur un objet quelconque. Il se développe consécutivement à l'état léthargique, lorsque les yeux, clos jusque-là, sont mis à découvert par l'élévation des paupières.

Le sujet cataleptisé a les yeux ouverts, le regard fixe ; il reste immobile, comme pétrifié. Les membres gardent, pendant un temps relativement fort long, les attitudes variées qu'on leur imprime. Lorsqu'on les déplace, ils donnent la sensation d'une grande légèreté, et les articulations ne font éprouver aucune résistance ; la *flexibilitas cerea* n'appartient pas à l'état cataleptique. Les réflexes tendineux sont abolis ou très affaiblis ; le phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, dont il s'agira plus loin, fait complètement défaut. Les tracés pneumographiques accusent de longues pauses respiratoires, représentées par des lignes horizontales, qu'interrompent, de loin en loin, des dépressions plus profondes.

La persistance fréquente de l'activité sensorielle permet souvent d'impressionner le sujet cataleptique par suggestion et de susciter chez lui des impulsions anatomiques variées.

1° *De l'état léthargique*. — Il se développe chez un sujet cataleptisé, lorsqu'on détermine chez lui l'occlusion des deux yeux, ou

(1) Communication à l'Académie des Sciences.

lorsqu'on le place dans l'obscurité. Il peut se manifester primitivement sous l'influence de la fixation du regard.

Dans cet état, les yeux sont clos, les globes oculaires convulsés. Le corps est affaissé, les membres sont flasques et pendants. Les mouvements respiratoires, étudiés à l'aide du pneumographe, se montrent profonds et précipités, d'ailleurs assez réguliers.

Les réflexes tendineux sont toujours remarquablement exaltés. Dans tous les cas, on constate l'existence du phénomène que j'ai proposé de désigner sous le nom d'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*, et qui consiste dans l'aptitude que présentent les muscles à entrer en contracture sous l'influence d'une excitation mécanique portée sur le tendon, sur le muscle lui-même ou sur le nerf dont il est tributaire. Tant que dure l'état léthargique, on fait céder rapidement la contracture ainsi produite, en portant l'excitation sur les antagonistes des muscles contracturés. Les excitations limitées au tégument externe ne produisent pas les contractures dont il s'agit.

Dans l'état léthargique, les tentatives faites pour impressionner le sujet par voie d'intimation ou de suggestion restent en général sans effet

3° *État somnambulique.* — Il peut être déterminé directement par la fixation du regard, ou en conséquence d'une excitation sensorielle faible, répétée et monotone. On le produit chez les individus plongés, soit dans l'état léthargique, soit dans l'état cataleptique, en exerçant sur le vertex une friction légère.

Le sujet, dans cet état, a les yeux clos ou demi-clos. Abandonné à lui-même, il paraît engourdi plutôt qu'endormi. La résolution des membres n'est jamais très prononcée. Les réflexes tendineux sont normaux. L'hyperexcitabilité neuro-musculaire, décrite plus haut, n'existe à aucun degré. Par contre, certaines excitations cutanées légères, promenées à la surface d'un membre, développent dans ce membre un état de rigidité qui diffère de la contracture liée à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, en ce qu'elle ne cède point, comme celle-ci, à l'excitation mécanique des muscles antagonistes. tandis qu'elle cède rapidement sous l'influence des excitations cutanées faibles qui l'ont fait naître.

Il y a habituellement, dans cet état, exaltation de certains modes encore peu étudiés de la sensibilité cutanée, du sens musculaire et de quelques-uns des sens spéciaux. Il est, en général, facile de provoquer chez le sujet, par voie d'injonction, les actes automatiques les plus compliqués et les plus variés.

Lorque chez lui on exerce une légère compression des globes oculaires, l'état léthargique remplace l'état somnambulique ; si au contraire, relevant les paupières, on maintient, dans un lieu élairé, l'œil ouvert, l'état cataleptique ne se produit pas. La relation est donc

plus directe, entre l'état léthargique et l'état somnambulique, qu'elle ne l'est entre celui-ci et l'état cataleptique.

J'ai négligé à dessein, dans l'exposé qui précède, de considérer les formes frustes ou irrégulières de l'hypnotisme. Je me propose d'examiner ces formes en particulier dans un autre travail.

Note sur les effets de l'hypnose sur quelques animaux (1).

Par M. H.- Milne Edwards.

En ce moment, plusieurs personnes s'occupent très activement de l'étude des phénomènes anormaux qui paraissent pouvoir être produits, chez certains malades, par des moyens analogues à ceux dont se servaient jadis les magnétiseurs; je crois, par conséquent, devoir communiquer à l'Académie les faits suivants, constatés expérimentalement sur des animaux par M. Harting, professeur à l'Université d'Utrecht. Les expériences sur le sommeil hypnotique, m'écrit ce savant physiologiste, ne sont pas sans danger pour les sujets qui y sont soumis.

Il y a quelques années, ajoute M. Harting, je fis un grand nombre d'expériences sur des animaux hypnotisés de la manière bien connue : des poules, des pigeons, des lapins, de cobayes, des grenouilles. Or, si l'hypnotisation était plusieurs fois répétée sur le même individu, son système nerveux s'en trouvait fortement ébranlé. J'avais six poules qui, à des intervalles de deux ou trois jours, furent soumises à l'hypnotisation; après trois semaines environ, une des poules commençait à boiter; bientôt une hémiplégie se déclara et l'animal mourut. Il en fut de même des cinq autres poules. Toutes furent atteintes d'hémiplégie, les unes après les autres, bien qu'après des espaces de temps différents. En trois mois toutes les poules étaient mortes. Cette expérience doit nous rendre très circonspects, lorsqu'il s'agit d'appliquer l'hypnotisme à l'espèce humaine.

De concert avec le directeur de la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle, j'ai pris les mesures nécessaires pour répéter les expériences de M. Harting, soit sur des oiseaux, soit sur des mammifères; mais, *a priori*, je dois déclarer que, en provoquant fréquemment chez les femmes hystériques la production de phénomènes analogues à ceux dont les effets ont été si funestes sur les poules, on risque, ce me semble, de nuire à l'état de ces malades. En effet, d'après les renseignements que j'ai pu recueillir à cet égard, j'ai lieu de penser que les personnes soumises fréquemment à des influences de ce genre se perfectionnent peu à peu comme *sujets de démonstration*, et cela me paraît indiquer que, par l'habitude du fonctionnement

(1) Communication à l'Académie des sciences.

pathologique du système nerveux, le mal devient de plus en plus grave, A mon avis, il convient donc de ne pas pratiquer souvent l'hypnotisation, ou d'autres actions analogues, sur les hystériques.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

EXPECTORATION D'ASPERGILLUS. — *Herterich* rapporte (*Aerztl, Intellig.*, 1880) l'observation d'un jeune homme de 19 ans qui, atteint d'un léger catarrhe du pharynx, rendit pendant huit ou dix jours des crachats gris épais.

Les organes thoraciques étaient dans un état normal, et le pharynx ne présentait rien autre chose que les signes d'un catarrhe léger.

En examinant les crachats, on vit qu'ils étaient formés d'un mucus transparent, contenant quelques cellules, et d'un corps arrondi ayant à peu près le volume et la forme d'un haricot. Ce corps était rugueux sur l'une de ses faces, poli sur l'autre. Les bords étaient gris avec un reflet jaunâtre; la face rugueuse ressemblait à du velours gris. La masse se brisa facilement; néanmoins elle présentait une certaine consistance.

A l'examen laryngoscopique, on vit que le larynx était normal, mais la muqueuse de la trachée était plus rouge que d'habitude et cette rougeur augmentait jusqu'à la partie inférieure de ce conduit. Au niveau des sixième, septième et huitième anneaux cartilagineux, la muqueuse était légèrement soulevée, formant une sorte de tuméfaction au niveau du huitième cartilage, la muqueuse était très hyperhémiée, très rouge et légèrement ulcérée; l'épithélium était desquamé. L'hyperhémie disparaissait un peu plus bas, au niveau du neuvième anneau.

L'auteur pense que ces concrétions singulières se formaient au niveau des points où la muqueuse était tuméfiée; aussi il pratiqua chaque jour l'examen laryngoscopique, et vit se dessiner en ces points l'objet de cette curieuse expectoration.

Des inhalations d'acide phénique demeurèrent sans résultat; on fit alors pendant quinze jours, trois fois par jour, et pendant vingt minutes chaque fois, des inhalations de vapeur d'iode qui amenèrent une guérison complète.

L'examen microscopique des crachats démontra que la croûte était formée d'un nombre considérable de champignons; ces champignons appartenaient tous au genre des *aspergillus curatium*.

UN CAS DE SCLÉRODERMIE ET D'ONYCHOGRYPHOSE (1). — Dans un cas rapporté par A. Wölfler (*Zeitsch. für Heilkunde*), cette affection

(1) ὄνυξ, ongle ; γρύπωσις, courbure des ongles.

s'est développée chez un homme un peu âgé qui, pris dans une scie mécanique, s'était fait une fracture compliquée de deux os de l'avant-bras gauche. Plusieurs hémorrhagies secondaires forcèrent à lier successivement l'artère huméral et l'artère axillaire. Près de neuf mois après, le malade élimina quelques séquestres et fut considéré comme complètement guéri. Cela se passait en 1870. Il y a quatre ans, les ongles des doigts de la main gauche commencèrent à s'amincir et à se recourber en forme de griffe. Ils devinrent larges, fendillés et frisés comme des cornes de bélier. En même temps la peau voisine des ongles était érodée, friable, sèche comme du papier, perdait ses poils et ses rides. La surface présentait une couleur uniforme, brillante, et sa température était plus élevée que celle de l'autre main. Les doigts fléchis dans leurs articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes n'offraient que des mouvements très limités. La sensibilité restait parfaite et la contractilité musculaire, mise en jeu par les courants induits, n'avait pas complètement disparu. Wölfler est porté à admettre l'opinion de Rehn et à penser qu'il s'agit là d'un processus inflammatoire chronique, mais il reste à déterminer si cette affection est due à un trouble de la circulation ou à une lésion du système nerveux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 26 *décembre* 1881. — *Présidence de* M. POLAILLON.

M. Percheron lit le procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté.

La Société procède ensuite à l'élection de son bureau pour l'année 1882.

M. Machelard est élu président à la majorité des suffrages.

MM. Muselier et Moutard-Martin sont élus vice-présidents.

MM. Reuss et Dromain sont élus secrétaires annuels.

Pour le conseil de famille, les élus sont MM. Polaillon, Berger, Bonnefoy, Blondeau et Prévot.

M. Foucart demande si l'acide phénique, employé comme agent de pansement, amène souvent des érythèmes autour des plaies. Il s'agit d'une plaie de la tête, qui s'est compliquée d'érythème et d'érysipèle à la suite de pansements phéniqués ; lorsqu'on cessa leur emploi, l'érysipèle disparut ; on reprit le pansement phéniqué et l'érythème reparut.

M. Royer demande quelle est la solution employée.

M. Foucart a employé la solution suivante : 25 gr. d'acide phénique, 75 d'alcool ; on en mettait une cuillerée à café dans un verre d'eau et on recouvrait de gaz phéniquée.

M. Royer a observé ces érythèmes après l'emploi de la gaze phé-

niquée de Lister, imbibée de résine phéniquée, mais jamais après l'emploi de la gaze ordinaire trempée dans une solution phéniquée. Quand il y a eu des accidents, c'étaient des eschares et toujours dues à des solutions ou trop fortes ou mauvaises. Il y avait une rougeur uniforme, souvent des points miliaires presque vésiculeux, quelquefois de l'œdème demandant l'application de cataplasmes. Le pansement phéniqué était interrompu et remplacé par un pansement humide. Mais il n'y a jamais eu d'érysipèle, même avec les solutions au 20e. M. Royer pense que c'est autant dans la mauvaise préparation des solutions phéniquées qu'il faut chercher la cause des eschares superficielles. Une solution aqueuse qui n'a pas été préparée à chaud est très irritante. M. Royer préfère les pansements à l'acide borique pour les personnes à peau délicate.

M. Foucart croit que la solution avait été mal préparée ; répondant à une question de M. Polaillon, il dit qu'il n'y avait pas de protective.

M. Polaillon dit que c'est pour éviter l'érythème qu'on applique un protective, et malgré les soins de propreté, l'érysipèle se développe souvent sous le pansement.

M. Royer cite à ce propos un cas d'ablation du sein, à la Charité ; on fit le pansement de Lister ; tout allait bien, la malade se lève et va dans l'escalier, elle est prise d'un frisson et il se forme un érysipèle sous le pansement ; la plaie était très petite ; l'érysipèle a débuté par l'épaule, il était chirurgical et traumatique.

M. Philbert demande quel est le titre des solutions vendues dans les pharmacies.

M. Blondeau dit qu'il n'y a pas de titre légal.

M. Porack demande si, lorsqu'on ordonne de l'acide phénique, les pharmaciens emploient l'acide cristallisé en une solution alcoolique.

M. Blondeau. C'est l'acide cristallisé qu'on dissout dans la quantité égale d'alcool et auquel on ajoute de l'eau dans la proportion voulue.

La séance est levée à 10 heures.

Le secrétaire annuel,
Dr Reuss.

BIBLIOGRAPHIE

Chirurgie de la main, par le *Dr Blum*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. (Asselin et Cie, 1882.)

La main constitue une région ; elle est ainsi l'organe du toucher, au même titre que l'œil est l'organe de la vue, l'oreille, l'organe de

l'ouïe. C'est à ce double point de vue que M. Blum s'est placé pour décrire les affections chirurgicales de la main, comme d'autres avant lui ont décrit, par exemple, les affections du sein, ou bien celles des voies urinaires, de l'œil ou de l'oreille.

L'ouvrage constitue, au point de vue chirurgical, une monographie complète.

Dans le chapitre Ier sont étudiées les affections congénitales susceptibles d'un traitement chirurgical : hypertrophie, polydactylie, syndactylie, rétraction congénitale.

Les chapitres suivants contiennent les affections traumatiques, fractures, luxations, plaies ; les luxations du pouce tiennent une large place dans ce cadre où sont exposées les différentes théories de l'irréductibilité. Il en est de même des plaies des artères de la main pour lesquelles l'auteur conclut à la ligature dans la plaie elle-même, sauf, dans les cas tout à fait exceptionnels, à recourir à la ligature de l'humérale ou de l'axillaire ; il proscrit d'une manière générale l'usage de la bande d'Esmarch.

Dans le chapitre IV, où nous touvons les affections inflammatoires aiguës, nous signalerons les pages consacrées aux inflammations profondes de la paume de la main, si souvent consécutives aux panaris ou aux plaies des doigts et qui, pour l'auteur, sont bien plus souvent des synovites suppuratives, que des lymphangites, comme le voulait Dolbeau.

Puis viennent les affections inflammatoires chroniques : synovites, ostéites, arthrites, et une affection singulière connue sous le nom de doigt à ressort, dont nous devons en grande partie la connaissance à M. Blum, qui a eu l'occasion d'en observer trois cas et de faire des expériences à ce sujet.

Les affections diathésiques occupent le chapitre VI et comprennent les lésions syphilitiques et scrofuleuses ; M. Blum admet la nature tuberculeuse du spina ventosa.

Les autres chapitres sont remplis par la description des déformations acquises de la main : gélures, brûlures, rétraction de l'aponévrose palmaire, déformations consécutives aux lésions nerveuses, la crampe des écrivains.

Le chapitre IX est consacré aux tumeurs : papillomes, tubercules anatomiques, cancroïde, chéloïde spontanée, lipomes, fibromes, sarcomes, carcinomes, anévrysmes, etc.

Enfin, la monographie eût paru incomplète, si elle ne s'était terminée par un chapitre très bien fait de médecine opératoire et un de prothèse. Chaque chapitre est suivi d'indications bibliographiques très complètes.

En résumé, le livre de M. Blum est une monographie claire, précise, exposant très bien l'état actuel de nos connaissances sur la

main et le résultat des recherches et de l'expérience propre de l'auteur. C'est là un livre qui appartient bien à M. Blum, et par la clarté de l'exposition, la sobriété des détails, l'exactitude, l'érudition et l'esprit critique qui ont présidé à la confection de tous les chapitres. Il serait, après cela, banal d'ajouter qu'il sera très utilement consulté et par le praticien et par le travailleur.

P. Bazy.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 13 au 18 février 1881.

Vachez. De l'absence de dyspnée dans les épanchements pleurétiques. — Pailloz. Etude sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale. — Delorme. Essai sur les fièvres typhoïdes incomplètes dans leur expression symptomatique. — E. Baratte. De la fièvre typhoïde dans la grossesse. — Ducroux. Quelques considérations sur la polycorie et son traitement par la pilocarpine. — Piogey. Etude de pathologie expérimentale. Lésions broncho-pulmonaires, leurs symptômes et déductions pathologiques. — Robin (Amédée). De la kératite phlycténulaire marginale. — Meunier. Du syphilome ou gomme en nappe de la cavité buccale.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Lyon. — M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Lille, a été délégué, en la même qualité à la Faculté de médecine de Lyon, pendant la durée du congé accordé à M. Picard, titulaire de la chaire.

A ce sujet, MM. les agrégés de la Faculté viennent d'adresser à M. le ministre de l'instruction publique la lettre suivante, dont il serait difficile de contester l'opportunité, autant que la convenance.

« Monsieur le ministre,

« Les agrégés de la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon viennent d'apprendre avec une légitime émotion la nomination d'un professeur de la Faculté de Lille comme délégué dans les mêmes fonctions à la Faculté de Lyon, pour remplacer, pendant l'année scolaire 1882, M. le professeur Picard dans la chaire de physiologie. C'est un devoir pour les agrégés de suppléer dans leur enseignement les professeurs absents ou empêchés ; mais c'est aussi une de leurs plus précieuses prérogatives, et, pour ainsi dire, leur véritable raison d'être. Leur droit, toujours respecté, se trouve donc méconnu dans cette circonstance, et l'avenir même de l'agrégation serait inévitablement compromis si le rôle de ses membres devait ou pouvait être ainsi amoindri.

« Confiants dans votre haute équité, les agrégés de la Faculté de Lyon appellent votre attention, Monsieur le ministre, sur une mesure qui va

manifestement à l'encontre de leur droit le plus incontestable, et ils vous prient d'agréer, etc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE — Par arrêté ministériel en date du 11 février 1882, deux concours s'ouvriront le 16 août 1882, devant la Faculté de médecine de Lille, pour deux emplois de suppléants : 1° des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine d'Arras; 2° des chaires de chimie, pharmacie et histoire naturelle de l'Ecole de médecine d'Arras.

ASILE D'ALIÉNÉS. — Le Conseil général de la Seine a voté, sur le rapport de M. le Dr Loyseau, un agrandissement considérable de l'asile public d'aliénés de la Ville-Evrard. Le nombre de lits sera porté de 150 à 300, moitié pour les hommes, moitié pour les femmes. Ces 150 nouveaux lits à créer exigeront la construction de six nouveaux pavillons pour l'habitation des malades et de deux pavillons pour le service des bains et des cuisines, soit une dépense de 1 427 552 fr. 45.

NÉCROLOGIE. — M. Armand Descamps, docteur ès sciences, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, est décédé à l'âge de 43 ans. — M. le Dr Jules Lolliot, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société médico-psychologique, membre du conseil municipal de Suresnes, est décédé le 12 février 1882, en son domicile à Suresnes, à l'âge de 42 ans.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 10 *au* 16 *février* 1882. — Fièvre typhoïde, 35. — Variole, 81. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 11. — Diphthérie, croup, 51. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 11. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 58. — Phthisie pulmonaire, 246. — Autres tuberculoses, 22. — Autres affections générales, 81.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 76.

Bronchite aiguë, 58. — Pneumonie, 147. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 40; au sein et mixte, 22; inconnu, 9. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 158; l'appareil circulatoire, 72 ; l'appareil respiratoire, 138; l'appareil digestif, 38 ; l'appareil génito-urinaire, 25 ; la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 4; causes non définies, 0. — Morts violentes, 35. — Causes non classées, 9. — Nombres absolus de la semaine, 1.417.

Résultats de la semaine précédente : 1.357.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie V.-A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie; compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1880, par M. BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, et H. D'OLIER, interne de service. 1 vol. in-8. 3 fr.

Du cancer de la vessie, par le Dr FÉRÉ. 1 vol. in-8. 3 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Typ. A. PARENT, A. Davy, Succr imp. de la Faculté de médecine r. M.-le-Prince


VÉRITABLE
EXTRAIT DE VIANDE

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 23 JEUDI 23 FÉVRIER 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique. 6, rue Gît-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 23. Jeudi 23 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 22 *février* 1882.

M. Tarnier a présenté hier à l'Académie de médecine une pièce d'anatomie pathologique montrant un double placenta. Il s'est livré à ce propos à quelques développements intéressants au sujet des placentas accessoires et des moyens de les reconnaître, et d'autre part au sujet de la rétention des membranes dont il a rappelé les principales causes.

M. le professeur Ball possède dans son service de l'asile Sainte-Anne un malade qui, à la suite d'une affection inflammatoire chronique de l'oreille moyenne, a vu se développer des hallucinations limitées au côté correspondant à cette oreille. En le présentant à l'Académie, M. Ball a rappelé sa théorie des hallucinations et montré le puissant appui que lui apportent des faits de ce genre ; nous résumons cette théorie plus loin dans le compte rendu de la séance.

M. Chatin à fait remettre hier à l'ordre du jour la question de la trichinose et de l'importation des viandes de porc américaines. Le rapport a été renvoyé à la commission qui devra formuler une réponse à adresser au gouvernement qui demande l'avis de l'Académie sur ce point.

Erysipèle phlegmoneux du bras compliqué d'ictère, d'albuminurie et de délire alcoolique. Mort rapide. Autopsie. Lésions de l'aorte, du foie, des reins, etc., etc.

Par M. le Dr Cauchois,
Chirurgien des hôpitaux de Rouen.

A propos du cas d'érysipèle phlegmoneux que M. E. Valude a publié dans la *France médicale* du 4 février dernier, je viens rapporter une observation analogue, déjà ancienne, puisque je l'ai recueillie dans le service de M. le professeur Verneuil, dont j'avais l'honneur d'être l'interne, en 1872, à l'hôpital Lariboisière. La voici telle que je l'ai rédigée alors :

Joseph M..., 43 ans, de taille moyenne, fortement musclé, d'aspect vigoureux, entre à l'hôpital Lariboisière le 24 août 1872, dans le service de M. le professeur Verneuil.

Antécédents morbides à peu près nuls. Il avoue s'être adonné depuis longtemps à l'usage des boissons alcooliques et surtout de l'absinthe. Il exerce la profession de tailleur et se trouve dans une situation matérielle *très sortable*.

Il entre à l'hôpital pour une inflammation du bras gauche, dont le début remonte à quatre jours et s'est annoncé par une explosion subite de symptômes locaux et de symptômes généraux : douleur, tuméfaction et rougeur de la peau du bras, avec frissons, anorexie, soif, etc. Le point de départ semble avoir été dans un noyau d'induration (fibrome professionnel) siégeant dans la peau de la face postérieure de l'avant-bras, un peu au-dessous de la région olécranienne, et qui est le résultat de la pression que le contact du « fer à repasser » fait tous les jours subir à la peau de cettte partie du bras.

Les deux tiers supérieurs de l'avant-bras, les deux tiers inférieurs du bras sont le siège d'une tuméfaction notable et uniforme, avec une teinte d'un rouge caractéristique, foncée, ou plutôt *plombée*, différente de celle qui appartient au phlegmon diffus ordinaire traumatique ou à l'érysipèle simple. Cependant les limites de la teinte rouge sombre sont accusées par un liséré qui rappelle celui de l'érysipèle. Au toucher, on constate un empâtement des parties profondes sans fluctuation.

L'état général est gravement atteint : langue saburrale, inappétence, soif vive, etc.; on prescrit un éméto-cathartique et des applications locales d'onguent napolitain recouvertes d'un cataplasme.

Le lendemain 25, l'état local s'est aggravé. Le malade, qui a eu du délire pendant la nuit, est très agité à la visite du matin.

M. Verneuil, soupçonnant l'existence de complications viscérales, fait essayer les urines par la chaleur et par l'acide nitrique ; ces réactifs y font apparaître un abondant dépôt floconneux d'albumine.

L'agitation et le délire augmentent et ne cessent ni jour ni nuit. La peau et les sclérotiques présentent une légère coloration ictérique. Le ventre se ballonne ; à l'auscultation de la poitrine on trouve les signes d'une congestion pulmonaire commençante. Bientôt les urines toujours albumineuses verdissent énergiquement par la teinture d'iode.

Du côté du bras les symptômes locaux s'étendent ; on observe de nombreuses phlyctènes. Potion de Todd.

Le 26 au soir, la température axillaire est à 39°,5 le pouls à 130, irrégulier, inégal, mou ; la respiration accélérée, la teinte ictérique plus prononcée.

Le 27, délire continu. La bourse séreuse l'olécranienne forme une tumeur fluctuante. La température axillaire est à 39°,2 ; le pouls à 128 ; les urines toujours très albumineuses. Le malade meurt dans la journée.

Autopsie. — La bourse séreuse l'olécranienne contient du pus jaunâtre normal. La région du bras et de l'avant-bras frappée par l'inflammation présente les caractères anatomiques de l'érysipèle phlegmoneux à la période d'infiltation.

Poumons fortement congestionnés surtout à leur base.

Les parois du cœur sont flasques; leur tissu est pâle, graisseux; l'organe entier surchargé de graisse. Sur la paroi interne de la crosse aortique, nombreuses plaques athéromateuses saillantes, et arrondies.

Le foie est volumineux et présente une coloration jaune paille foncée par suite d'une infiltration graisseuse abondante des cellules hépatiques.

La substance corticale des reins est pâle, anémiée. La substance pyramidale, au contraire, fortement congestionnée. Le centre de chaque pyramide présente une congestion véritablement apoplectiforme.

Le microscope a montré ultérieurement une altération granulo-graisseuse assez avancée et presque générale de l'épithélium des tubuli et des glomérules.

L'encéphale enfin présente des lésions en rapport avec l'alcoolisme et le délirium tremens; congestion veineuse très prononcée des téguments crâniens, os, méninges, membranes périostiques. La substance blanche centrale et la substance grise des circonvolutions ainsi que les noyaux opto-striés sont parsemés d'un piqueté symptomatique d'une congestion cérébrale intense. En outre, on est frappé de la consistance remarquablement ferme que présente le tissu cérébral, comme si l'organe avait subi l'action durcissante de l'alcool. (Cette remarque était assez importante en raison de l'élévation de la température atmosphérique.)

Cette observation est un exemple de plus de l'influence que l'alcoolisme exerce sur le développement, sur la forme et la marche des inflammations locales. Comme celle de M. Valude, elle montre que des lésions internes, des états pathologiques graves peuvent rester à l'état latent jusqu'au jour où des causes fortuites, des affections extérieures viennent les révéler en leur imprimant une impulsion nouvelle. Enfin elle appuie encore cet axiome si important en clinique chirurgicale : « Les inflammations locales, lorsqu'elles présentent une extension irrégulière et anormalement grave, ou un ensemble insolite de symptômes généraux, doivent faire soupçonner et rechercher des lésions profondes ou des états pathologiques graves, alors même que l'interrogatoire du malade n'aurait point donné de renseignements utiles sur ses antécédents morbides.

Luxation du coude en dehors, réduite par l'impulsion directe combinée à l'extension,

par J. M. Carafi

Ancien Interne des hôpitaux.

Le nommé Stoos (Nicolas), 39 ans, maçon, est tombé le 18 décembre, et c'est la face interne du coude qui est venue frapper sur le sol. Il est admis à l'hôpital Beaujon vers 6 heures du soir, et placé dans le service de M. le professeur Le Fort.

Voici quels sont les phénomènes que nous constatons :

L'avant-bras gauche est dans la demi-flexion, la main soutenue par celle du côté opposé. Tout mouvement est douloureux, mais très facile. L'impuissance fonctionnelle est complète ; il n'y a pas cependant de paralysie du côté de l'avant-bras. Le coude présente une déformation très appréciable consistant dans une saillie très accusée sur le bord externe du bras. A ce niveau, la peau est très tendue, et il est facile de se convaincre par le palper que c'est aux extrémités supérieures du radius et du cubitus qu'est due cette saillie. Inutile d'ajouter que la cupule du radius est sentie manifestement et qu'elle n'est point fracturée, car les mouvements de supination et de pronation se perçoivent très aisément. On sent nettement l'olécrâne ; et suivant le tendon du biceps, qui est tendu, on constate que l'olécrâne n'est nullement porté en arrière ou en haut. Il est impossible de sentir par le palper l'épicondyle, par suite de la présence du bord interne de la cavité sigmoïde du cubitus sur sa face externe qui soulève et en éloigne les téguments.

En suivant de haut en bas la face interne du bras, on constate la saillie excessive de l'épitrochlée accusée d'autant plus que la dépression des téguments au-dessous, par le déplacement de l'extrémité supérieure du cubitus, est très marquée. En déprimant les téguments en ce point on arrive sur la gorge de la poulie humérale. Les deux os de l'avant-bras conservent leurs rapports normaux : c'est une luxation simultanée de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras que nous avons sous les yeux.

Pour rendre plus nets le sens et l'étendue du déplacement, M. Le Fort trace devant les élèves trois lignes réunissant les trois saillies du coude, épitrochlée, épicondyle et olécrâne des deux côtés : de la comparaison de ces deux triangles, on arrive à bien établir le degré du déplacement.

En mesurant ces lignes nous avons obtenu pour celle qui va de l'épitrochlée à l'olécrâne : 6 centimètres. Du sommet de l'olécrâne à la base du triangle : 1 centimètre et demi. Le sommet du triangle est au-dessous de la base (le membre étant dans la demi-flexion).

Les mouvements communiqués sont très faciles ; les mouvements

de flexion latérale sont possibles ; tous ces mouvements sont douloureux. Quant aux mouvements spontanés, ils sont absolument nuls, bien que la luxation date d'hier soir.

La réduction est faite le 19 à 9 heures du matin. M. Le Fort pratique l'impulsion directe avec les deux pouces en dedans et en bas, pendant qu'un aide tirait sur l'avant-bras à demi-fléchi. La réduction fut obtenue presque instantanément. On n'avait pas eu recours au chloroforme.

Application du bras sur une écharpe de Meyer.

S... quitte l'hôpital dix jours après.

Réflexions. — La lecture de cette observation ne laissera aucun doute, je pense, sur le diagnostic ; c'est bien à une luxation en dehors et exclusivement en dehors que nous avons eu affaire. Le tendon du biceps sans saillie, d'une part, et la situation du sommet de l'olécrâne par rapport à l'épitrochlée et à l'épicondyle justifient suffisamment ce diagnostic. La réduction n'a offert aucune difficulté.

Hypothermie excessive à la suite d'une exposition prolongée au froid pendant un accès d'ivresse. — Mort.

Par M. DE GASTEL,
Interne des hôpitaux.

Ce malade est entré dans la nuit du 26 au 27 janvier dans nos salles ; des sergents de ville, en faisant leur ronde, l'ont trouvé sans connaissance sur le trottoir ; il a été impossible de savoir depuis combien de temps il était là, et ce qui lui était arrivé.

Le matin (27 janvier), à la visite, nous voyons notre malade pour la première fois ; il a vomi toute la nuit ; au dire de ses voisins, ses vomissements avaient une forte odeur d'absinthe ; il ne parle pas, son haleine exhale une odeur fortement alcoolique ; ce qui nous frappe surtout, c'est le refroidissement considérable de son tégument externe ; ce jour-là la température malheureusement ne fut pas prise, mais la peau donnait à la main une sensation de froid très désagréable, la même au moins que celle que nous constatons le lendemain. On ordonne de le réchauffer avec des boissons chaudes et des applications chaudes sur la peau.

Le lendemain, 28, le malade n'est pas réchauffé ; à la main, la peau donne identiquement la même sensation.

Ce matin seulement on prend sa température à 9 heures du matin : il a 26° dans l'aisselle, 26,5 dans le rectum ; le pouls n'est pas ralenti.

Le malade est toujours dans le coma ; la respiration est plus gênée. Un nuage d'albumine dans ses urines.

Il succombe à 2 heures de l'après-midi.

L'autopsie, faite quarante-huit heures après la mort, ne révéla absolument rien ; pas de lésion rénale ni encéphalique.

Le foie est gros ; le cœur est chargé de graisse, l'estomac a la coloration gris ardoisé que l'on voit chez les alcooliques.

En résumé, ce malade, après un accès d'ivresse, succombe avec une hypothermie excessive ; et la seule cause que nous ayons pu trouver est l'exposition probablement prolongée au froid par une nuit d'hiver.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *février* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE OFFICIELLE comprend une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, qui consulte l'Académie sur la question de savoir s'il a été fait à Paris une enquête au sujet des inconvénients et des dangers des hôpitaux spéciaux de varioleux pour les quartiers environnants.

Il résulte des renseignements donnés à ce sujet par MM. Hillairet, Fauvel, Larrey, Bouchardat, qu'il n'y a jamais eu d'enquête de ce genre.

La CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE comprend : 1° une lettre de M. le Dr Simorre sur le traitement de l'angine diphthérique ; 2° un travail manuscrit de M. le Dr Richard, médecin-major à l'hôpital de Philippeville, sur le parasite de la malaria (Comm. : MM. Pasteur, Léon Colin, Laboulbène) ; 3° un pli cacheté déposé par M. Bruel, pharmacien à Paris ; 4° un travail de M. le Dr Picot (de Bordeaux), intitulé : Note sur le traitement de la colique de plomb aiguë, par l'extrait de belladone et l'huile de croton tiglium ; 5° un travail de M. le Dr Pommel, médecin en chef de l'hôpital de Teniets-el-Haad, intitulé : Etude sur le rôle de la fatigue dans les épidémies de fièvre typhoïde ; 6° un travail de M. Fouilhoux sur une épidémie de fièvre jaune observée à bord de l'*Amazone*, devant Vera-Cruz, en 1862.

PLACENTA DOUBLE. — PRÉSENTATION DE PIÈCES. — *M. Tarnier* présente à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique, moins intéressante par elle-même, que par les conditions cliniques au milieu desquelles elle a été recueillie. Le 19 février, une femme accouchait, à la Maternité, d'un enfant vivant qui s'était présenté par le sommet. L'accouchement avait été normal et, un quart d'heure après la naissance de l'enfant, le placenta descendait dans le vagin et apparaissait à la vulve. Quelques efforts de la femme et quelques légères tractions pratiquées sur le cordon amenèrent le placenta au dehors. Quand la sage-femme, qui procédait à la délivrance, voulut éloigner

le placenta de la vulve, elle s'aperçut qu'une portion des membranes résistaient aux tractions douces faites sur elles. Dans ces cas, M. Tarnier recommande à ses élèves de ne jamais tirer avec force et d'appliquer, sur les membranes adhérentes, un fil, comme on le ferait sur le cordon ombilical. Ce fil, dans les heures ou dans les jours qui suivent, sert à extraire le reste des membranes.

L'aide sage-femme de la Maternité se conforma à ces préceptes, mais bientôt une hémorrhagie survint et, au milieu d'un flot de sang, un placenta supplémentaire fut expulsé.

On peut voir, sur la pièce présentée, le placenta principal dont le poids est de 410 grammes, et un placenta accessoire du poids de 140 grammes. Entre ces deux placentas, il existe un pont membraneux.

Ce pont membraneux aurait pu se rompre, et le placenta principal étant expulsé, le médecin le plus instruit aurait pu croire que la délivrance était complète, alors que l'utérus aurait retenu le placenta accessoire.

On peut donc supposer que des faits analogues pourraient se produire et, quand une femme meurt de septicémie par putréfaction d'un cotytédon placentaire, il faut se rappeler ces faits et ne pas trop se hâter de déclarer que la délivrance a été faite avec négligence.

Mais ne serait-il pas possible de reconnaître l'existence de ces placentas accessoires ? Après l'expulsion du placenta hors de la vulve, il est fréquent d'observer un prolongement membraneux restant dans l'utérus qui retient une partie des membranes de l'œuf. M. Tarnier attribue cette rétention des membranes à trois causes principales : 1° l'adhérence anormale des membranes, qui de toutes les causes est la plus fréquente ; 2° l'entortillement des membranes autour d'un caillot qui ne peut pas facilement traverser l'orifice interne de l'utérus rétracté ; 3° l'existence d'un placenta accessoire ; lorsqu'il s'agit d'adhérences anormales ou de caillots entortillés dans les membranes, le pont membraneux qui s'étend de l'utérus au placenta expulsé ne contient pas de vaisseaux. Au contraire, quand il s'agit d'un placenta accessoire, on trouve dans le pont membraneux des rameaux des vaisseaux ombilicaux.

Avec de l'attention, de bons yeux, et en prenant la précaution d'étaler les membranes qui sortent par la vulve, on peut donc diagnostiquer ces placentas accessoires quand les membranes qui pendent à la vulve contiennent quelques vaisseaux sanguins.

M. Blot ne partage pas l'opinion de M. Tarnier sur la fréquence des adhérences des membranes. Pour lui, l'adhérence n'est qu'une rétention due à la contraction du col. Il ne faut pas se hâter d'extraire le placenta.

M. Tarnier ne fait jamais de tractions intempestives sur les mem-

branes et il attend parfois une heure, deux heures, ou même quelques jours, que les membranes s'expulsent d'elles-mêmes.

CONSIDÉRATIONS SUR DES HALLUCINATIONS UNILATÉRALES DE L'OUIE, CONSÉCUTIVES A UNE INFLAMMATION CHRONIQUE DE L'OREILLE MOYENNE.—*M. B. Ball* soumet à l'Académie une observation clinique qui apporte un puissant appui à sa théorie des hallucinations. Un malade reçut à l'école, pendant son enfance, un soufflet sur l'oreille, et eut peu de temps après une fièvre typhoïde, une otorrhée purulente et une perforation de la membrane du tympan, alors constatée par M. Tillaux. Depuis ce temps cet homme est devenu lourd et paresseux, il est indifférent à tout. Le calme plat de son esprit est cependant traversé de temps à autre par des accès de violence. Il s'agit d'un faible d'esprit, d'un impulsif qui éprouve en même temps des hallucinations de l'ouïe du côté malade. D'abord il entendait des bourdonnements, puis des bruits imitant celui d'un ruisseau. Bientôt il entendit des voix, il se crut interpellé par les personnes qui passaient à côté de lui. Cependant il se fit ce raisonnement que, puisque sa maladie d'oreille lui avait donné ces bourdonnements, elle pouvait bien également lui faire entendre des paroles.

Soumis à un traitement approprié, le malade voit ses hallucinations diminuer à mesure que sa maladie d'oreille guérit.

Ainsi, chez ce malade, il existe des hallucinations limitées du côté gauche et liées très manifestement à une lésion de l'oreille du même côté. Ces hallucinations unilatérales sont un argument puissant contre la doctrine physiologique. Au point de vue de la théorie des hallucinations, M. Ball professe les idées les plus larges et les moins exclusives et pour lui les hallucinations sont psycho-sensorielles à l'exception de quelques fausses perceptions de l'ordre le plus élémentaire qui sont purement sensorielles. Les hallucinations exigent, pour se produire, une prédisposition individuelle, une excitabilité toute spéciale qui rend l'encéphale apte à réagir au moindre prétexte et à transformer sur-le-champ les impressions que lui fournissent les organes des sens.

Les hallucinations exigent aussi, pour se produire, une sensation qui vient mettre en mouvement le mécanisme automatique des centres nerveux. C'est toujours un phénomène pathologique. M. Ball repousse toute différence fondamentale entre les hallucinations et les illusions.

SUR LA PROHIBITION DES VIANDES AMÉRICAINES. — *M. Chatin*, au nom d'une commission composée de MM. Bouley, Proust et Chatin, rapporteur, fait un rapport sur un travail lu récemment devant l'Académie par M. Decaisne. Vers le commencement de l'année 1881, la trichine était signalée dans les viandes américaines importées sur divers points de notre territoire. On interdit alors l'importation de

cette viande, sous certaines réserves destinées à ne pas compromettre les transactions déjà entreprises. M. Tirard chercha à organiser un service d'inspection assez sérieux pour qu'on ne fût pas obligé d'interdire l'importation des viandes américaines.

On dit que les viandes américaines apportent des aliments que rien ne pourrait remplacer ; d'autre part, que la fumure et la salaison détruisent la trichine, et que, pour faire une inspection sérieuse, il faudrait toute une armée de 20,000 micrographes. M. Chatin combat ces divers arguments. Il cite des cas où des viandes salées et fumées depuis longtemps ont provoqué de la trichinose.

On trouve le service micrographique complètement impraticable, et il faut renoncer, dit-on, à l'inspection des viandes américaines. M. Chatin montre qu'il faudrait un total de 75 micrographes pour assurer le service d'inspection sur tous les points de la frontière.

M. Proust désire faire quelques réserves sur le rapport de M. Chatin. Depuis trois ou quatre ans, nous avons reçu plus de cent millions de viande importée d'Amérique, et il n'y a pas eu un seul cas de trichinose provoquée par ces viandes. Ce qui nous a sauvés, ce sont nos habitudes culinaires, et au lieu d'installer au Havre un bataillon de micrographes, comme le demande M. Chatin, il serait préférable de recommander au public de faire cuire soigneusement les viandes de porc.

M. Chatin pense que beaucoup de cas de trichinose ont pu passer inaperçus.

M. Bouley. Il y a déjà longtemps que cette question de la trichinose a été portée devant le Comité consultatif d'hygiène publique. La viande américaine est répandue partout et cependant on n'observe jamais de trichinose. Si la trichinose est commune en Allemagne, c'est que les Allemands ont l'habitude de manger beaucoup de viandes et des viandes presque crues.

L'institution micrographique préconisée par M. Chatin pourrait être utile, mais elle n'est en rien nécessaire. Il n'est pas nécessaire de créer cette institution très coûteuse et qui d'ailleurs ne donnerait pas de résultats.

M. Fauvel appuie les idées émises par M. Bouley. En Allemagne même, il n'est pas établi que la trichinose si souvent observée provient de porcs américains et non de porcs allemands. M. Fauvel demande que la discussion soit ajournée, si l'Académie doit prendre une décision formelle.

M. Leblanc. L'inspection des viandes importées en France est d'autant plus inutile qu'une grande partie des viandes américaines sont importées par le nord sous le nom de jambons anglais.

M. Rochard. Les viandes américaines sont apportées au Havre non d'une manière régulière, mais par chargements ; il y aurait donc dans la livraison de ces marchandises un retard considérable.

M. Legouest. L'importation des viandes américaines joue encore un grand rôle dans l'armée. M. Legouest a soumis une proposition à ce sujet au ministre de la guerre ; il n' y a jamais eu de trichinose chez les soldats.

M. Bouchardat. C'est chez les charcutiers qu'il faudrait exercer une surveillance et ne leur permettre de vendre que de la viande très cuite.

Une autre chose nous permet en France d'éviter la trichinose : c'est que nos porcs sont élevés isolément chez le paysan au lieu d'être réunis en troupeau comme en Amérique.

M. Bouley. La trichinose est de l'albumine, et quand elle est cuite elle se digère exactement comme les autres substances albuminoïdes. M. Livon, professeur de physiologie à l'école de Marseille, a fait connaître le procédé d'un industriel d'après lequel la trichine soumise à une température de —35 à — 40° se détruit. Ainsi la viande trichinée traitée par la chaleur ou par le froid devient tout à fait inoffensive.

Sur la proposition du président, l'Académie vote le renvoi du rapport à la commission qui devra formuler une réponse à faire au gouvernement.

La séance est levée à 4 heures 45.

BIBLIOGRAPHIE

Du cancer de la vessie, par *M. Ch. Péré*, interne des hôpitaux ; in-8°, 144 p. Paris, Bureaux du Progrès médical et A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1881.

Ce travail a valu à M. Féré le prix Civiale en 1880. C'est une excellente monographie dans laquelle l'auteur a mis à contribution les nombreuses ressources cliniques qui lui étaient offertes par le service du professeur Guyon et les pièces pathologiques qu'il a pu trouver dans les musées de Paris et de Londres. La bibliographie est en outre très riche et M. Féré montre dans tout cet ouvrage une érudition de bon aloi.

L'auteur insiste peu sur le cancer secondaire de la vessie ; cette affection donne en effet peu de symptômes particuliers, noyée qu'elle est dans la cachexie causée par le cancer des organes antérieurement atteints. La question se réduit alors à une étude anatomo-pathologique. M. Féré rapporte cependant quelques observations dans lesquelles la vessie a été atteinte après le pénis, la prostate, le rectum, la vulve, le vagin, l'utérus ou la paroi abdominale.

Le cancer primitif est au contraire l'objet de longs développements. La recherche de l'étiologie n'apprend pas grand'chose, mais l'auteur consacre un chapitre très important aux diverses formes

anatomo-pathologiques de la lésion. C'est ainsi qu'il décrit successivement le squirrhe, l'encéphaloïde, les cancers colloïde et mélanique, le sarcome, l'épithélioma, le papillome, puis les lésions de la vessie, du tissu cellulaire périvésical, du péritoine, du vagin, de l'urèthre, de l'intestin, des ganglions, des uretères et des reins.

Le cancer de la vessie peut rester complètement latent et n'être découvert qu'à l'autopsie ; la symptomatologie débute alors brusquement par quelques accidents graves, rapidement terminés par la mort. Mais certains malades éprouvent des troubles divers : un peu de fréquence de la miction avec ou sans douleur, d'autres fois les symptômes de la gravelle ; on peut même trouver des graviers dans les urines. Quelques malades ressentent à l'extrémité de la verge une sensation de chatouillement, de brûlure, qui fait penser à la pierre ; quelquefois ils souffrent d'une sensation de pesanteur au périnée ou à l'hypogastre. Parfois l'apparition des symptômes d'irritation vésicale coïncide avec la sensation d'un flux hémorrhoïdal qui s'était produit quelque temps avant l'apparition des premiers symptômes caractéristiques de la maladie. Mais en général les troubles de la cystite, au lieu de jouer un rôle prépondérant, ne viennent qu'en second ordre et consécutivement.

Les symptômes fondamentaux du cancer de la vessie sont, d'après M. Féré, l'hématurie, la rétention d'urine, les phénomènes de compression, l'existence d'éléments cancéreux dans l'urine, d'une tumeur appartenant manifestement aux parois du réservoir urinaire, d'engorgements ganglionnaires dans le petit bassin et enfin la cachexie cancéreuse. Mais ces symptômes sont loin de s'observer dans tous les cas et ils ont une fréquence relative très variable ; l'engorgement ganglionnaire et la cachexie, si fréquents d'ordinaire dans les affections cancéreuses, ne se rencontrent ici qu'exceptionnellement.

Les complications les plus fréquentes sont les œdèmes, les névralgies, l'obstruction du canal pelvien rendant parfois l'accouchement très douloureux et même impossible, la cystite, les calculs secondaires, les complications rénales, les fistules vésico-intestinales ou vésico-vaginales.

Une affection si obscure peut être simulée par beaucoup de lésions des parties voisines. Parmi celles-ci, M. Féré cite la pyélo-néphrite, le cancer du rein, la lithiase rénale, l'hypertrophie de la prostate, les tumeurs de la prostate, les polypes de l'urèthre chez la femme, les tumeurs des organes voisins, la cystite tuberculeuse, la pierre dans la vessie, les varices vésicales, l'hématurie des goutteux ou des hystériques, les autres tumeurs de la vessie, le phlegmon péri-uréthral.

M. Féré termine cette excellente monographie par le traitement, qui ne saurait être que palliatif; il donne même les indications du

traitement radical, c'est-à-dire de l'ablation de la tumeur, mais, dans les cas de cancer vrai, il ne recommande l'opération qu'avec une réserve amplement justifiée par les résultats. AMAND CHEVALLEREAU.

NOUVELLES

ÉCOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Brongniart est nommé préparateur de zoologie et matière médicale (emploi nouveau).

M. Virion, licencié ès-sciences physiques, est nommé préparateur de chimie organique (emploi nouveau).

EAUX MINÉRALES. — Par arrêté ministériel en date du 30 janvier 1882, M. le Dr Isoard (de Marseille) est nommé médecin-inspecteur des eaux d'Allevard, en remplacement de M. Niepce.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT. — Une session d'examen pour l'admission des aspirantes élèves sages-femmes à la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira, à la Faculté, le mercredi 1er mars 1882, à 9 heures très précises du matin. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de l'Ecole dès ce jour et jusqu'au samedi 25 février inclusivement.

NÉCROLOGIE. — Le Dr Martin PAIN, ancien interne des hôpitaux, est décédé à Paris, le 19 février 1882, dans sa 54e année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie V.-A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Cure radicale de l'hydrocèle par la méthode de l'incision avec les précautions antiseptiques, par le Dr A. LABADIE. 1 vol. in-8. 2 fr. 50

Le furoncle de l'oreille et la furonculose, par le Dr B. LŒWENBERG. 1 vol. in-8. 1 fr. 50

Hygiène professionnelle. Le Compositeur-Typographe, par le Dr CHOQUET. 1 vol. in-8. 1 fr.

De la valeur relative de la taille hypogastrique, par le Dr BOIS. 1 vol. in-8. 1 fr.

Le congrès international d'hygiène de Turin (5-12 septembre 1880), par le Dr Paul FABRE. 1 vol. in-8. 1 fr.

Persistance de l'hymen n'ayant pas empêché la conception, par le docteur Paul FABRE. 1 vol. in-8. 50 c.

Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse. 1 vol. in-8 de 220 pages, avec 4 planches et plusieurs figures intercalées dans le texte. 5 fr.

Librairie Alex. COCCOZ, 11, *rue de l'Ancienne-Comédie.*

Mémoires d'un microbe, par le Dr WIART, de Caen. 2e édition. 1 vol. in-12. 2 fr.

L'obésité et son traitement, par le Dr DE SAINT-GERMAIN, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. in-8. 1 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr imp. de la Faculté de médecine r. M.-le-Princ 31


VERITABLE
RAIT DE VIANDE
IEBIC
UX POUR MALADES & MÉNAGE
5 MÉDAILLES D'OR
NDS DIPLOMES D'HONNEUR
Le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
chez les Epiciers & Pharmaciens.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 24 SAMEDI 25 FÉVRIER 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX

On s'abonne chez

DELAHAYE et E. LECROSNIER

Place de l'École-de-Médecine

PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS

UN AN

FRANCE........... 15 fr.

UNION POSTALE... 18 fr.

PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.

Les **ouvrages** remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.

On **s'abonne** chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue **sauf avis contraire**. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 24. Samedi 25 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

SERVICE DE M. QUINQUAUD (HOSPICE DES MÉNAGES).

Observation de néphrite interstitielle,

Par M. Reynard.

Néphrite interstitielle arrivée à la troisième période. — Cirrhose hépatique. — Hypertrophie énorme du ventricule gauche. — Bronchite. — Lésion pulmonaire congestive avec un infarctus. — Emphysème. — Œdème cérébral léger. — Urémie lente. — Démence par dyscrasie sanguine. — Le nommé Decarpigny, qui fait l'objet de cette observation, habitait la Maison de retraite des ménages. Il était âgé de 65 ans. Il est entré à différentes reprises à l'infirmerie, se plaignant chaque fois d'étouffements.

Une première fois, à la date du 14 juin 1881, on constata un peu de tremblement de la tête et du membre supérieur, surtout du côté droit, avec un léger degré de surdité. Les artères étaient dures, scléreuses, le pouls vibrant; les battements cardiaques étaient forts, la pointe du cœur était déviée vers la ligne axillaire dans le sixième espace intercostal. A la base et au premier temps, on entendait un souffle léger, et un bruit de drapeau au second temps. Pas d'œdème des membres inférieurs; nuage albumineux dans les urines.

Le malade revient à l'infirmerie le 10 décembre suivant. Il est oppressé et étouffe, dit-il. Œdème au niveau des deux malléoles; il divague de temps à autre, il a l'air hagard et ne peut se rendre compte; il va et vient sans raison dans la salle; depuis un an, du reste, il y a chez lui un affaiblissement graduel et progressif de l'intelligence et de la volonté. En un mot, il présente tous les caractères de la démence sénile, sans aphasie et sans paralysie.

A l'auscultation, on entend un léger souffle systolique à la base avec un bruit parcheminé à la pointe; de temps en temps, dédoublement du second temps. Albumine en assez grande quantité dans les urines. Le foie remonte à un travers de doigt au-dessous du mamelon et déborde à peine les fausses côtes.

Le malade est soumis au repos absolu et au régime exclusivement lacté.

Le dosage de l'urée a donné les résultats suivants:

Le 14. 13 gr. 03 par litre.

Le 15. 16 gr. 20.

Le 17. 18 gr. 04.

Le 18. 19 gr. 85.

Le malade n'éprouve plus de palpitations comme les jours précédents, mais on note un affaiblissement intellectuel considérable. Parfois il regarde sans se rendre compte de ce qu'il voit. Il a des absences et ne reconnaît plus son lit par moments; parfois aussi, il a de l'incontinence d'urine. Œdème au niveau des malléoles.

Le 19. L'analyse des urines donne 14 gr. 15 d'urée par litre.

Le 23. Le malade est très faible, il y a une diminution considérable des forces, sans paralysie localisée. Le pouls est faible et irrégulier, l'œdème des membres inférieurs remonte jusqu'aux cuisses. Hébétude. Regard un peu fixe. Le souffle systolique s'entend encore très net. La respiration est irrégulière et anxieuse par instants; de temps à autre, elle est plus accélérée; ce mode de respiration est la respiration de Cheyne-Stockes.

On entend des râles sous-crépitants très nombreux aux bases des poumons: ils dénotent de l'œdème pulmonaire.

Voici le résultat de l'analyse chimique du sang:

Hémoglobine, 74 grammes.

Coefficient d'absorption pour l'oxygène, 125 cc. 8.

Sérum, 2 grammes d'urée pour 1,000 grammes de sang.

25 octobre. Cette nuit, le malade a été très agité. Il a quitté son lit pour se promener dans la salle; il croyait se baigner. Le matin, il ne se rappelle plus ce qui s'est passé la nuit.

A cette crise nocturne, fait place pendant le jour une sorte de somnolence continue.

On trouve dans les urines 10 gr. 96 d'urée par litre.

Le 26. Nuit très agitée; le malade divague; on est obligé de lui faire prendre ses aliments; il gâte depuis trois ou quatre jours; le scrotum est œdématié.

Urée, 11 gr. 30 par litre d'urine.

Analyse chimique du sang:

Hémoglobine active, 71 grammes pour 1,000 grammes de sang.

Coefficient d'absorption, 120 cc. 7.

Le sérum contient 2 gr. 2 d'urée par 1,000 grammes.

Tandis qu'à l'état normal:

L'hémoglobine est à 120 grammes par 1,000 grammes de sang.

Le coefficient d'absorption est 204 cc. d'oxygène.

Le sérum renferme 0 gr. 17 à 0 gr. 20 d'urée par 1,000 grammes de sang, à cet âge.

Le 30. L'œdème augmente, les forces diminuent considérablement, l'oppression est extrême; râles trachéaux. Depuis hier matin, le malade ne reconnaît personne; il succombe dans la nuit.

Autopsie. — *Cerveau.* — On trouve des points athéromateux disséminés sur les artères de la base du cerveau, sans oblitération; léger œdème des méninges sans lésion corticale.

Hémisphère gauche. — Sur la coupe, on ne trouve aucune lésion des noyaux centraux; le poids de cet hémisphère est de 565 gr.

Hémisphère droit. — Mêmes nodules athéromateux sur les divisions de l'artère sylvienne. Aucune lésion corticale. La coupe des noyaux centraux ne montre aucune altération. Le poids est de 563 gr.

Le cœur est volumineux, il pèse 665 gr. Caillot gelée de groseille dans les deux oreillettes, se prolongeant jusque dans les auricules, qui ne contiennent pas de caillots anciens. Les artères coronaires sont peu athéromateuses. Très légere insuffisance aortique par athérome.

Poumons. — Muco-pus dans les bronches. Léger degré de congestion avec absence de crépitation par place. Œdème notable aux bases.

Dans le lobe inférieur du poumon gauche, noyau d'induration couleur résiné avec léger état grenu. Au microscope, infiltration sanguine dénotant une infection pulmonaire. Un peu d'emphysème dans le reste du poumon. L'aorte thoracique est athéromateuse. Commencement d'exulcération avec dépôt de fibrine.

Poids du poumon droit : 750 gr.
— — gauche : 570 —

Foie. — Il est un peu granuleux, avec des points d'un brun jaunâtre entourés d'une zone grisâtre. Léger degré de cirrhose au microscope.

Poids : 1.522 gr.

Reins. — Rein gauche kystique, lobulé, très granuleux, avec atrophie de la substance corticale et de la substance médullaire. Dans leur plus grande épaisseur ces deux substances comprises mesurent 17 millimètres 1/2, tandis que la substance corticale seule, dans sa plus grande épaisseur mesure 3 millim. 1/2 mais il existe des points où la substance corticale n'a que 2 millim. et même un peu moins, Le calice et les bassinets sont envahis par la graisse.

Poids : Il est de 120 gr.

Rein droit. — Beaucoup plus altéré que le gauche; il est granuleux, congestionné avec suffusion sanguine, ecchymoses, et atrophie de la substance corticale et de la substance médullaire; vers le hile, on rencontre un kyste putride. Poids, 102 gr.

L'examen histologique du rein démontre un développement considérable du tissu conjonctif avec atrophie des tubuli rénaux, dont l'épithélium est également atrophié. C'est une sclérose de la substance rénale et des vaisseaux du rein.

La rate est assez dure avec un peu de périsplénite calcaire. Pas d'infarctus.

Remarque. — Cette observation nous semble intéressante à divers points de vue. D'abord l'existence d'une surdité analogue à celle qui a été signalée par M. Dieulafoy dans les néphrites; ensuite, le déve-

loppement d'un état de démence très analogue à la démence sénile avec ramollissement diffus. Toutefois, notons des sortes d'exaspération, de recrudescence, de demi-délire torpide dans lequel tombait le malade. D'ailleurs, indépendamment de l'albuminurie, la respiration irrégulière pouvait mettre sur la voie du diagnostic.

Enfin, les auteurs sont loin d'être d'accord sur l'augmentation de l'urée dans le sang dans les cas d'urémie. Les quelques analyses de MM. Wurtz et Berthelot font même nier l'augmentation de l'urée dans le sang. Néanmoins, dans ce côté, l'augmentation était évidente, puisque de 0 gr. 17 à 0 gr. 20 pour 1000 gr. de sérum, chiffre normal, le chiffre de l'urée s'était élevé à 2 gr. et même au-delà.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Sarcome du rein gauche; néphrectomie; guérison; par *M. Hicguet* (de Liège). — L'extirpation du rein ou la néphrectomie est de date récente. Elle n'a jamais été pratiquée en Belgique. Les premières néphrectomies furent faites à la suite d'erreurs de diagnostic. Tel est le cas de Walcott qui, le premier, en 1861, pratiqua l'enlèvement d'un sarcome du rein qu'il avait confondu avec un kyste du foie. C'est à Simon, de Heidelberg, que reviennent l'honneur et la priorité d'avoir enlevé le rein de propos délibéré. Il voulait guérir une fistule uretérale, survenue à la suite d'une section de l'uretère pendant l'ovariotomie. La malade guérit parfaitement.

L'observation suivante est relative à une extirpation du rein chez une toute jeune fille, atteinte de sarcome de ce viscère ;

Marguerite H..., âgée de 6 ans, est une enfant unique, née de parents sains et encore en vie. Sa santé est excellente. Elle n'a jamais été malade. A la fin de février 1880, elle ressentit des douleurs sourdes dans le flanc gauche. Un médecin consulté à cette époque y constata une tumeur du volume et de la forme d'un gros œuf de dinde.

Malgré les traitements prescrits, cette tumeur continua de s'accroître, et au mois d'août 1881, où elle fut examinée une seconde fois par M. Hicguet, elle remplissait tout l'hypochondre gauche, la partie gauche et la moitié de la partie droite du ventre. Elle descendait jusque dans la fosse iliaque gauche. De forme ovoïde, elle était solide, rénitente, absolument lisse. C'était un sarcome du rein gauche.

L'opération fut pratiquée le 10 septembre. Le pansement antiseptique est mis en œuvre dans toute sa rigueur, sauf le spray. Une incision, partant de l'appendice xiphoïde et s'étendant à trois travers de doigt en dessous de l'ombilic, ouvre le ventre et met la tumeur

à nu. Le péritoine pariétal, qui recouvre la tumeur, est incisé à un centimètre en dehors des côlons transverse et descendant qui passent au devant du rein malade. Enfin, la tumeur est énucléée et enlevée après application de ligatures doubles sur l'uretère, l'artère et la veine rénales. Un fort drain, partant de la plaie opératoire, traverse le flanc gauche pour s'aboucher au dehors.

La petite opérée quittait l'hôpital le 16 octobre parfaitement guérie. Le 24 janvier 1882, la guérison persiste sans la moindre apparence de récidive.

Jusqu'à ce jour, on n'a signalé que dix cas d'extirpation du rein pour cause de sarcome. Dans quatre cas, l'opération ne put être achevée. Une hémorrhagie incoercible amena la mort. Trois opérés succombèrent quelques jours après l'opération à la suite de péritonite septique. La récidive survint chez deux opérés et les fit périr quelques mois après la néphrectomie. Une seule opérée est guérie depuis deux ans et demi.

Malgré cette statistique déplorable, M. Hicguet est d'avis que l'expérience n'a pas dit son dernier mot. Il croit à la guérison radicale de sa petite opérée. En présence d'une affection fatalement mortelle, de nouvelles tentatives opératoires doivent être faites. Le chirurgien ne peut rester désarmé vis-à-vis d'un mal qui ne pardonne pas. (*Académie royale de médecine de Belgique.*)

De l'influence du lait dans la propagation des maladies contagieuses et zymotiques, par le Dr *Ernest Hart.* — L'auteur donne d'abord un résumé de 71 épidémies récemment observées, et dans lesquelles le lait semble être le moyen de transmission du contage.

Les trois affections qui ont été observées jusqu'à ce jour, sont la fièvre typhoïde, la scarlatine et la diphthérie.

Le mémoire rapporte 50 épidémies de fièvre typhoïde, 14 de scarlatine et 7 de diphthérie. Le nombre total de cas attribués au lait contaminé pendant ces épidémies est, en chiffres ronds : 3,500 de fièvre typhoïde, 800 de scarlatine et 700 de diphthérie.

Par rapport à la fièvre typhoïde, la manière dont le poison pénètre dans le lait, est le plus souvent l'infiltration de la substance spécifique contenue dans les déjections des patients, dans les puits dont l'eau est employée à nettoyer les vases à lait et souvent aussi, il faut le craindre, à diluer le lait ; dans les rapports officiels, les termes « laver des vases à lait » sont devenus un euphémisme commode pour désigner cette addition d'eau et éviter de soulever des questions désagréables.

Dans 22 des 50 épidémies de fièvre typhoïde mentionnées par le travail, ce fait a été parfaitement constaté par les observateurs, et dans d'autres cas il était probable à différents degrés.

Quand une laiterie est conduite sans soin et au mépris des lois de

l'hygiène, il existe certainement un grand nombre de moyens divers par lesquels le poison peut pénétrer dans le lait (nombreux exemples de ce genre).

La scarlatine étant presque toujours propagée par contagion et inhalation de la poussière, semblable à du son, qui se détache du corps pendant la maladie, on s'attend dans les épidémies dues à du lait contaminé, à constater que cette poussière s'est introduite dans le lait; dans la majorité des épidémies rapportées on a constaté que les personnes employées dans la laiterie soignaient en ce moment des personnes atteintes de fièvre scarlatine.

Dans aucune des 7 épidémies de diphthérie dues au lait, il n'a été possible de trouver la cause, quoiqu'il ne reste aucun doute que la maladie a été transmise par le lait.

On s'est demandé cependant si la maladie du pis de la vache nommée « garget » ne pourrait pas modifier le lait et le rendre capable de produire la diphthérie chez l'homme. Jusqu'ici c'est là une pure hypothèse qui n'est pas appuyée de faits.

La grande majorité des cas, tant par les données statistiques que par les données expérimentales, viennent appuyer cette conclusion que le lait a été l'agent dans la production de l'épidémie.

La maladie atteint le plus souvent les plus grands buveurs de lait, ceux par conséquent qui, consommant les quantités les plus grandes, sont les plus exposés à absorber les germes de la maladie. C'est ainsi que les jeunes enfants (en général rarement atteints de fièvre typhoïde) qui sont habitués à boire beaucoup de lait cru, et les grands buveurs de lait de tout rang et de toute condition, fournissent le plus grand nombre de cas dans chaque épidémie. Les personnes buvant par exception du lait contaminé sont atteintes, bien que le lait qu'elles boivent chez elles, provienne d'autres sources.

Les ménages atteints pendant les épidémies appartiennent en général à la meilleure classe de la société et vivent dans des situations saines. Les pauvres qui boivent très peu de lait, et le boivent dans le thé ou le café, échappent en général à la maladie.

La manière remarquable dont la maladie semble « choisir » les rues auxquelles le lait est fourni par les fermes contaminées, et les maisons qui, dans ces rues, reçoivent le lait de ces sources, est digne de la plus grande attention. Les personnes habitant les maisons voisines et buvant du lait fourni par d'autres marchands échappent à la maladie ; lorsque le même ménage reçoit le lait de deux sources différentes, la maladie attaque seulement ceux qui boivent le lait infecté. L'invasion de la maladie dans tant de ménages à la fois ne peut être expliqué que par une cause commune agissant sur un groupe particulier de personnes et non sur les autres.

(*Annales d'hygiène publique*).

Balle logée dans le cerveau pendant seize jours. — Le Dr *Gay* (*New-York med. Rev*, 5 nov.) a observé un malade chez lequel une balle avait pénétré dans le crâne au niveau de la bosse pariétale gauche.

Une sonde fut enfoncée de trois pouces en bas et en avant sans rencontrer la balle. Comme il n'y avait aucun symptôme inquiétant, on fit de l'expectation. Le douzième jour il y eut de l'abattement, de l'anorexie, du délire, et il s'échappa par la plaie de la sérosité et du pus. Le dix-septième jour, le malade fut éthérisé et on incisa en V le cuir chevelu, de manière à mettre à découvert l'orifice d'entrée du projectile; cet orifice, circulaire, avait environ cinq huitièmes de pouce de diamètre, on enleva quelques fragments osseux et on trouva la balle enkystée à un pouce de la surface du cerveau. On l'amena jusqu'à l'ouverture au moyen d'un crochet à strabisme, mais elle était tellement aplatie qu'il fallut, pour l'extraire, agrandir l'ouverture. Il n'y eut pas d'hémorrhagie et la guérison s'opéra sans aucun symptôme inquiétant. Le vingt-cinquième jour le malade put commencer à se lever, et, le quarante-neuvième jour il quittait l'hôpital. Deux mois après, ce malade continuait à se porter très bien.

Hémorrhagies multiples suivies de diabète. — *Seifert* (*Deutsche med. Wochen.*, 1881, n° 17) rapporte l'observation d'une petite fille de 10 ans, sans aucune prédisposition héréditaire, qui, après une angine diphthéritique assez légère, eut des pétéchies de la peau, des hémorrhagies de la rétine, etc. Le perchlorure de fer amena quelque amélioration, mais le sucre apparut dans les urines en même temps que la malade se plaignait d'une soif intense. Tout le temps que cette petite fille fut tenue en observation, c'est-à-dire pendant six mois, les urines continuèrent à contenir du sucre, en dépit du régime antidiabétique, de la codéine, du bicarbonate de soude et du salicylate de soude; sous l'influence de ce traitement, la malade augmenta de poids, puis la polyphagie et la polydipsie disparurent. L'auteur pense que la cause de la glycosurie doit être rattachée à une hémorrhagie de la moelle allongée.

Pneumonie contagieuse. — Le Dr *F.-H. Daly* publie dans *The Lancet*, novembre 1881, p. 824, 6 cas de pneumonie survenant dans une même famille, dont deux suivis de mort. Les conditions hygiéniques de la maison semblaient parfaites; 4 enfants, qui guérirent, furent atteints en même temps que leur mère et leur grand mère, qui, toutes deux, succombèrent à la maladie. Les domestiques et le père des enfants ne furent nullement atteints.

Plusieurs faits de ce genre ont déjà été publiés. On les trouvera dans *The Lancet*, vol. II, 1877, p. 324, et vol. II, 1878, p. 266, 350, 419. Le rédacteur de *The London medical Record*, qui rappelle ces faits, se demande si quelques-unes de ces pneumonies, soi-disant

infectieuses, ne sont pas dues à un empoisonnement par l'arsenic contenu dans les papiers peints des murailles. Il a observé, il y a quelques années, un fait qui le porte à le croire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1882. — Présidence de M. L. LABBÉ.

STATISTIQUE DES MÉTHODES ANTISEPTIQUES. — A propos du procès-verbal, *M. Monod* répond à M. Després. Il a comparé les résultats que donnaient les opérations faites d'après les anciennes méthodes avec ceux que donnent les opérations faites d'après les méthodes antiseptiques. Ce travail se trouve fait par Max Schede dans la Pathologie de Pitha et Billroth.

La méthode antiseptique donne 4 0/0 de morts.

Les méthodes anciennes donnent 17 0/0 —

Dans ce dernier cas, le plus grand nombre de morts sont causées par la pyohémie et la septicémie.

Si on retranche dans les deux groupes de faits, les morts attribuables à la pyohémie ou à la septicémie, le résultat est le même dans les deux cas : 3 0/0 de mortalité. La méthode antiseptique tend donc à faire disparaître la pyohémie et la septicémie.

M. Monod explique les succès de M. Després par les soins que celui-ci apporte à faire les pansements lui-même, et à éviter, autant que possible, de toucher aux plaies.

M. Verneuil veut insister sur ce fait qu'autrefois il y avait dans les hôpitaux une maladie terrible, la pyohémie, contre laquelle on restait impuissant et que, depuis l'emploi des méthodes antiseptiques, cette maladie a disparu.

Incidemment et à propos de statistique, M. Th. Anger signale une petite épidémie de tétanos qu'il a eu l'occasion d'observer à l'hôpital Cochin l'année dernière ; il a perdu coup sur coup 4 malades de cette affection ; il se demande s'il n'y a pas autre chose qu'une coïncidence, d'autant plus qu'étant prosecteur à Clamart, il a vu mourir de tétanos une chienne avec ses six petits chiens, qui habitaient dans une écurie où étaient morts de tétanos aussi deux chevaux.

M. Terrier ne croit pas que le tétanos soit une maladie infectieuse, comme l'a dit Roser.

On observe assez souvent le tétanos traumatique chez les chevaux à la suite d'opérations de la castration, cela tient aux conditions où ils sont placés ; ils sont exposés à un froid très vif après qu'on les a castrés.

Du reste, il faut distinguer le tétanos spontané du traumatique ; le premier est fréquent chez les chevaux à la suite de l'exposition au

froid, le corps étant en sueur ; le tétanos spontané chez 4 chiens est exceptionnel. Le cas de M. Anger est unique dans la science ; les chiens suant, comme on le sait, par leurs voies aériennes.

Lecture. — *M. Guermonprez* lit une observation de luxation du radius où les manœuvres de réduction ont été employées.

Luxations anciennes. — *M. Polaillon* fait une communication sur la section sous-cutanée des adhérences empêchant la réduction des luxations anciennes de l'épaule. Après avoir fait l'historique de la question et rappelé l'histoire du malade dont il a déjà entretenu la Société, il pose les conclusions suivantes :

Quand une luxation a résisté à des tractions de 100 à 150 kilog., on est autorisé à pratiquer la section sous-cutanée des adhérences.

Celle-ci doit être faite en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique.

On fait une ponction avec un bistouri pointu à 1 centimètre au-dessus du sommet de l'acromion ; par cette ouverture on introduit un ténotome mousse qui coupe les adhérences anciennes, puis les postérieures et au besoin les supérieures.

Trois jours après, on peut renouveler les tractions. On doit bien s'assurer avant de faire la section de la situation de l'artère et de la veine humérale.

Cette méthode permet de reculer la limite des tentatives de réduction des luxations anciennes de l'épaule.

Lectures. — *M. Blum* lit un travail sur l'arrachement du nerf sous-orbitaire.

M. Humbert lit une observation de gangrène foudroyante, traitée par les cautérisations au fer rouge et suivie de guérison.

M. Reclus lit un travail sur la réunion immédiate des tissus divisés par le thermo-cautère.

P. Bazy

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur les myélites syphilitiques, par le *Dr P. Savard*, ancien interne des hôpitaux, membre de la Société clinique de Paris. (In-8°, 164 p. Paris, 1882.)

Les affections syphilitiques de la moelle sont beaucoup moins connues et beaucoup plus discutées que celles de l'encéphale. M. Savard devait donc étudier tout d'abord cette question d'étiologie ; il arrive à cette conclusion qu'il existe certainement des myélites causées par la syphilis, mais que les affections médullaires que l'on observe chez les syphilitiques ne sont pas toujours forcément dues à la vérole. Le

traitement n'est pas une pierre de touche certaine et il ne suffit pas, d'autre part, d'avoir fait le diagnostic de la maladie générale, pour appliquer ce diagnostic à la lésion de la moelle en particulier. C'est le plus souvent à une époque tardive de la syphilis, vers la quatrième ou la cinquième année, que se montrent les accidents du côté de la moelle. Les myélites syphilitiques précoces, apparaissant avec les accidents secondaires, sont rares; cependant on ne saurait les nier. Les troubles médullaires spécifiques se rencontrent habituellement dans le cours des syphilis à manifestations multiples et sérieuses.

M. Savard combat en passant cette opinion que le traitement spécifique pourrait être la cause de la localisation spinale de la syphilis; c'est plutôt, dit-il, l'absence du traitement qu'il faut incriminer.

Les lésions de la moelle déterminées par la vérole sont des lésions chroniques; les formes aiguës sont rares. En tous cas, ce sont toujours des lésions diffuses, non systématisées. C'est sur ce caractère que l'auteur se base pour repousser l'existence de l'ataxie syphilitique. De même les gommes de la moelle ou de ses méninges sont exceptionnelles.

Les lésions de la syphilis médullaire répondent au processus scléreux; celui-ci atteint les méninges, la névroglie et surtout les vaisseaux. Les altérations vasculaires constituées par l'artérite et la périartérite, avec infiltration et épaississement de la tunique externe et de la gaine lymphatique, sont assez spéciales à la syphilis. Les lésions syphilitiques de la moelle sont donc analogues aux lésions cérébrales de même nature.

Il n'y a pas de signes particuliers aux myélites spécifiques; mais elles se caractérisent par l'irrégularité, la diffusion de leurs symptômes et par la fréquence des rechutes et des récidives.

L'impuissance, la paralysie de la vessie et du rectum, sont les premiers phénomènes qui apparaissent; ils précèdent souvent de beaucoup les troubles de la motilité. Dans bien des cas, la sensibilité n'est pas intéressée, ou l'est fort peu.

La marche de ces myélites est lente, rarement elles prennent la forme aiguë, plus rarement encore la forme ascendante aiguë. La guérison est fréquemment incomplète.

Le traitement doit être énergique; il faut employer la médication mercurielle et iodurée et avoir recours aux révulsifs puissants.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 27 février au 4 mars 1882.) — *Lundi*, 27. — Doctorat, 3e : MM. Regnauld. Baillon et Gay. — 5e (Charité): MM. Parrot, Guyon et Budin.

Mardi, 28. — Doctorat, 2e : MM. Richet, Panas et Berger. (*Médecine*

opératoire : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 4e : MM. G. Sée, Bouchard et Legroux. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Laboulbène et Peyrot.

Mercredi, 1er. — Doctorat, 1er : MM. Guyon, Tillaux et Reclus. (*Epreuve pratique de dissection* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e (nouveau mode), 1re partie, anatomie, histologie : MM. Béclard, Hayem et Cadiat.

Jeudi, 2. — Doctorat, 2e : MM. Le Fort, Jaccoud et Joffroy. — 2e : MM. Peter, Bouchard et Humbert.

Vendredi, 3. — Doctorat, 1er : MM. Vulpian, Trélat et Cadiat. — 1er : MM. Charcot, Duplay et Marchand. — 2e : MM. Potain, Guyon et Landouzy. — 3e : MM. Regnauld, Hanriot et Bourgoin. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Parrot et Pozzi.

Samedi, 4. — Doctorat, 1er : MM. Robin, Panas et Berger. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Laboulbène et Peyrot. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Hardy et Charpentier.

Samedi, 4. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — *Programme des concours.* — (1880-1883) Exposer le rôle des germes animés dans l'étiologie des maladies, en s'appuyant sur des expériences nouvelles.

Prix : une médaille de 2 000 francs. — Clôture du concours : 1er janvier 1883.

(1881-1882.) Déterminer, par de nouvelles expériences et de nouvelles *applications*, le degré d'utilité de l'analyse spectrale dans les recherches de médecine légale et de police médicale.

Prix : 1 200 francs. — Clôture du concours : 31 décembre 1882.

(1881-1883.) Déterminer, en s'appuyant sur des observations précises, les effets de l'alcoolisme, au point de vue matériel et psychique, tant sur l'individu que sur sa descendance.

Nota. — Il est bien entendu qu'en traitant de l'alcoolisme, au point de vue psychique, les concurrents auront à apprécier, en utilisant les données de l'anatomo-pathologie et les meilleurs documents fournis par les expertises médico-légales, la limite qui sépare l'ivresse de la folie, ainsi que la responsabilité de l'ivrogne dans les actes dont il est l'auteur.

Prix : 1500 francs. — Clôture du concours : 15 février 1883.

Prix fondé par un anonyme. — Elucider, par des faits cliniques et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique des maladies des centres nerveux et principalement de l'épilepsie.

Prix : 8 000 francs. — Clôture du concours : 31 décembre 1883.

Des encouragements de 300 à 1 000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25 000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8 000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

(1882-1884.) Faire l'histoire de l'hystérotomie et de ses applications.
Prix : 800 francs. — Clôture du concours : 1er février 1884.

Faire une étude comparée de la tuberculose considérée chez tous les animaux domestiques, sous le quadruple rapport des causes, des symptômes, des lésions et du traitement.

Faire ressortir éventuellement les rapports qui existent entre la tuberculose et la phthisie pommelière, et établir les conséquences que la consommation de la viande et du lait des bêtes bovines atteintes de pommelière peut avoir sur la santé de l'homme.

Nota. — Les réponses à cette question doivent être basées non seulement sur les données et les expériences actuelles, mais encore sur des recherches nouvelles.

Prix : 800 francs. — Clôture du concours : 1er février 1884.

Conditions des concours. — Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Seront exclus du concours :

1° Les mémoires qui ne rempliront pas les conditions précitées, 2° ceux dont les auteurs se seront fait connaître directement ; 3° ceux qui auront été publiés, en tout ou en partie, ou présentés à un autre corps savant ; 4° ceux qui parviendront au secrétariat de la Compagnie après l'époque fixée.

L'Académie exigeant la plus grande exactitude dans les citations, les concurrents sont tenus d'indiquer les éditions et les pages des livres auxquels ils les emprunteront.

Les mémoires doivent être revêtus d'une épigraphe répétée sur un pli cacheté renfermant le nom et l'adresse des auteurs.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert en séance publique par le président, qui proclame immédiatement le lauréat.

Lorsqu'une récompense seulement est accordée à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur, faite dans le délai d'un an.

Après l'expiration de ce délai, la récompense ne sera plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut être réclamé ; il est déposé aux archives de l'Académie. Toutefois, l'auteur pourra toujours, après la proclamation du résultat du concours, en faire prendre copie à ses frais en fournissant au secrétaire de la Compagnie la preuve que ce mémoire est son œuvre.

L'Académie accorde gratuitement, aux auteurs des mémoires dont elle a ordonné l'impression, cinquante exemplaires de ces travaux tirés à part et leur laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à leurs frais.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie GERMER-BAILLIÈRE et CIE, *boulevard Saint-Germain*, 108.

Contribution à l'étude de l'élongation des nerfs, par E. WIET, docteur en médecine, préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8°. 4 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' imp. de la Faculté de médecine r. M'-le-Pr. ...

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 25 MARDI 28 FÉVRIER 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX

On s'abonne chez

A. DELAHAYE et E. LECROSNIER

Place de l'École-de-Médecine

PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS

UN AN

FRANCE........... 15 fr.

UNION POSTALE... 18 fr.

PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 58, rue de Londres.

Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.

On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste ; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique. 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 25. Mardi 28 Février 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Syphilis et alcool.

Les inviteuses.

Par MM. Barthélemy et Devillez.

Ce travail est une légère contribution à l'étude du rôle de l'*alcoolisme* dans la *syphilis*. Ainsi qu'on le verra plus loin, cette influence, pour les dermatoses en général, est admise par tous les auteurs ; nous avons voulu montrer qu'il en était de même pour la syphilis. Un certain nombre de travaux ont déjà été faits sur cette question ; nous citerons les principaux ; mais ce qui est étudié, c'est bien plutôt l'*état général* du syphilitique alcoolisé que la *syphilodermie* proprement dite ; or, c'est exclusivement sur les accidents cutanés, sur leur intensité, leur forme et leur durée, que nous voulons ici attirer l'attention ; nous croyons que ce fait clinique, s'il a déjà été remarqué, n'a pas été assez instamment recommandé aux observateurs. Il faut que chaque fois qu'il se trouve en face d'un accident cutané, de forme, d'intensité ou de durée insolites, le clinicien reconnaisse immédiatement, et par cela même, le cachet de l'alcoolisme.

I. *Influence de l'alcoolisme sur les dermatoses en général.* — Tous les observateurs s'accordent à reconnaître à certaines substances la propriété de favoriser l'apparition et d'exaspérer les affections cutanées. Aussi le traitement de presque toutes les dermatoses recommande-t-il l'abstinence de toute substance (salaisons, charcuterie, marée, alimentation épicée et de haut goût, café, thé, etc.) capable de congestionner l'épiderme et d'ajouter, par une hyperhémie nouvelle, à la phlegmasie déjà existante. On peut dire que l'alcool est, à ce point de vue, un des agents les plus actifs, qu'il s'agisse de dermatoses diathésiques ou d'éruptions saisonnières ou même parasitaires, que celles-ci soient passagères, comme l'érythème exsudatif multiforme, ou qu'elles soient chroniques, comme le psoriasis. A l'occasion de cette dernière affection, ne peut-on pas se demander si c'est parce que l'alcoolisme est plus habituel et plus accentué chez les hommes que chez les femmes, que le psoriasis est plus fréquent, plus intense et plus tenace sur les premiers que sur les secondes ?

M. Besnier montre journellement à ses élèves les preuves de l'action de l'alcoolisme, soit aigu, soit chronique, sur les dermatoses. Dans une leçon clinique sur le *pemphigus*, M. Lailler (Leçons sur les affections cutanées, 1877) insiste sur le rôle considérable que joue l'alcoolisme dans l'apparition des maladies de la peau. M. Vidal a publié

un curieux exemple de cet effet de l'alcoolisme aigu sur la *production de l'eczéma*. Un de ses infirmiers, souvent consigné, ne sortait que rarement de l'hôpital; mais, chacune de ses sorties était marquée par un sacrifice excessif à Bacchus. Chaque écart de régime était, d'ailleurs, suivi régulièrement d'un eczéma aigu. L'infirmier le savait, s'y attendait, ne s'en effrayait pas et persistait ; il avait même fini par annoncer à l'avance l'apparition de ses poussées eczémateuses.

Ce n'est pas seulement sur *l'apparition et la production* des affections cutanées que l'alcoolisme exerce un puissant effet, mais encore sur *l'aggravation de leurs caractères et l'augmentation de leur durée.*

Tout récemment encore, M. Fournier, dans son service de Saint-Louis, attirait l'attention de ses auditeurs sur un fait remarquable confirmant. cette proposition. Il s'agissait d'un *érythème papuleux arthritique ;* il s'était produit sur les membres inférieurs des taches rouges ou violacées, à base dure et saillante, rappelant *l'érythème noueux*. Or, sous l'influence de l'imprégnation alcoolique du sujet, le plus grand nombre de ces éléments éruptifs présenta, au centre, une *large pustule pleine de sérosité purulente.*

De nombreux exemples analogues pourraient être cités ; mais, chose rare en dermatologie, l'accord est fait sur ce point, et l'influence exercée sur le système tégumentaire externe par l'abus prolongé des boissons spiritueuses n'est mise en doute par personne.

Disons, toutefois, que les auteurs classiques étaient, jusque dans ces derniers temps, muets à ce sujet, excepté toutefois pour ce qui concerne *l'acné rosée*, qu'ils attribuaient, trop exclusivement même à cette cause. C'est ainsi que dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, à l'article *Alcoolisme*, la question n'est même pas touchée ; à peine est-elle effleurée dans le Dictionnaire de Jaccoud, où l'on se borne à dire que l'alcool trouble « la nutrition intime de la peau » ; à signaler la tendance des ivrognes à avoir des furoncles, des anthrax, des érysipèles, des érythèmes, des ulcères même (*geneva-ulcer*, ou ulcère du gin, des Anglais), enfin à rappeler le nom de chancre *œno-phagédénique*, trouvé par Ricord.

Aucun auteur ne parle de l'influence générale que doit avoir l'alcool sur la marche des affections cutanées. Il faut arriver jusqu'en 1874, où, dans sa thèse, Renault (de Saint-Denis), étudie le fait et cherche même à en donner une explication. Nous le résumons brièvement :

La peau est, comme on le sait, un des émonctoires les plus importants de l'économie ; à ce titre, elle entre pour une large part dans l'accomplissement de l'élimination des alcools. Chez un grand nombre d'individus, les éléments constitutifs de la peau sont journellement impressionnés par cet agent, soit à cause de leurs habitudes

alcooliques, soit même à cause de leur exposition continuelle aux vapeurs spiritueuses. L'alcool fixe, en quelque sorte, l'oxygène sur les globules. Cette union intime altère les fonctions des globules sanguins qui portent ce gaz dans l'intimité des tissus et a pour résultat de soustraire ces mêmes tissus a la combustion oxygénée. Ainsi seraient constitués un obstacle à l'artérialisation du sang et une véritable asphyxie aiguë ou surtout chronique. On constate ensuite une diminution de la rapidité circulatoire et du nombre des globules, ainsi qu'un refroidissement qui est en rapport avec l'arrêt de l'oxydation. L'alcool, enfin, agit sur les centres nerveux. Il n'est donc pas étonnant que les éléments constitutifs de la peau, longtemps imprégnée par l'agent toxique et devenue le *locus minoris resistentiœ* de Verneuil et de ses élèves, acquièrent une susceptibilité morbide toute spéciale et subissent tôt ou tard une atteinte profonde dans leur vitalité.

D'autre part, si l'on en croit Gigot-Suard (de l'Herpétisme), il faudrait attribuer à la rétention préalable de l'acide urique dans le sang, et à son élimination consécutive par la peau, la tendance que présentent les alcooliques à la production et à la persistance des éruptions cutanées. Gigot-Suard a fait un certain nombre d'expériences (injections d'acide urique chez des chiens, apparition de dermatoses et de démangeaisons) à l'appui de ses conclusions.

Enfin, dans un Traité de dermatologie, où l'anatomie pathologique est particulièrement traitée, Simon range toutes les affections cutanées, sans exception, parmi les maladies que caractérisent la congestion et la phlegmasie. Or, une des propriétés de l'alcool est de congestionner vivement la peau, et particulièrement celle de la partie supérieure du corps.

Quoi qu'il en soit de ces explications théoriques, les faits cliniques restent indiscutés : *l'alcool exaspère les maladies de la peau.* La loi est bien générale et s'applique à toutes les dermatoses.

II. *Influence de l'alcoolisme sur la syphilodermie* — La syphilis ne fait pas exception à la règle ; il ne se passe pas de semaines où M. Fournier, à Saint-Louis, ne fasse constater à ses élèves l'exaspération que l'alcoolisme imprime à la diathèse syphilitique.

Mais, sur ce point encore, ce n'est pas dans les traités classiques que l'on trouvera des renseignements.

Bazin et Dubuc ont, il est vrai, étudié les syphilides malignes ; *mais* l'alcoolisme n'est signalé qu'en passant. M. Diday insiste surtout sur ce fait que l'alcoolisme diminue le degré de résistance dont peut jouir l'organisme vis-à-vis de la syphilis. Il dit que, comme la misère, la scrofule ou les privations, les excès alcooliques rendent les manifestations syphilitiques plus précoces et plus rebelles, mais il s'occupe surtout *de l'état général* du malade et de la gravité de la mala-

die, plutôt que *de la forme de l'affection cutanée.* M. Renault (de Saint-Denis), et M. Ory s'occupent aussi beaucoup plus de l'état général que de l'état local; quand ils étudient les syphilides, *ils ne parlent que des syphilides tertiaires ulcéreuses de la peau.* C'est aussi ce qu'ont fait M. Horteloup, Taylor, et plus récemment M. Julien. Dans son ouvrage, on voit seulement que, dans certains de ces cas, « la syphilis peut borner ses ravages à la peau et laisser sans atteinte les organes profonds, voire même le squelette et l'état général » ; mais il ne parle de l'alcoolisme qu'incidemment et presque banalement : « Méfiez-vous de la vérole chez les vieillards, chez les alcooliques et chez les diathésiques (p. 626) » et, plus loin il le cite, en passant, parmi les causes d'affaiblissement en général, au même titre que les suites de couches, les affections fébriles, le traumatisme, les émotions morales, etc.

Telles sont, à notre connaissance, les seules indications bibliographiques que nous trouvions, en France, sur le point qui nous occupe.

La stimulation, que reçoit la syphilis de l'alcool, se caractérise par plusieurs ordres de faits : marche accélérée de la maladie qui parcourt plus rapidement ses divers stades et arrive presque d'emblée aux périodes graves : récidives plus fréquentes des accidents ; entr'actes plus courts, ou même *continuité* de l'action morbide ; gravité plus redoutable des éruptions ; étendue plus considérable ; durée plus longue ; profondeur plus grande et précocité des ulcérations ; développement excessif des croûtes ; enfin, résistance beaucoup plus tenace au traitement.

Telles sont les conséquences habituelles de l'alcoolisation de la syphilis. On voit que *l'alcool* agit sur la *syphilodermie* plus encore que la scrofule et que les autres causes de débilitation. Ces autres causes ont été signalées par Ory dans sa remarquable étude sur les *syphilides précoces malignes* :

Alimentation insuffisante, fatigue, misère, chagrins, malpropreté, débauche, veilles, surmenage par le travail ou par le plaisir, anémie, cachexie, diabète, âge avancé, insomnie, grossesse, allaitement.

Nous n'examinerons pas ici les cas où la syphilis, se développant dans ces circonstances aggravantes, peut sérieusement intéresser la santé ou même compromettre l'existence. Nous *n'étudierons que l'influence de l'alcool sur les accidents syphilitiques cutanés, mais non pas seulement sur les syphilides tertiaires et ultérieures* (Ory, Renault, Julien) ; nous nous efforcerons de démontrer que l'alcool agit sur la syphilis, *dès le début même de cette affection*, qu'elle imprime *au chancre*, aux *syphilides secondaires cutanées ou muqueuses* (syphilides papulo-érosives, syphilides papulo-hypertrophiques, syphilides papuleuses disséminées ou disposées en corymbes et en îlots, syphilides tuberculeuses, sèches, ulcéreuses ou croûteuses, etc.,

c'est-à-dire sur la syphilodermie toute entière) et non pas seulement sur les lésions ulcéreuses, des modifications dans leurs formes, leur profondeur, leur intensité, leur abondance, leur durée et leur ténacité ; et enfin que ces modifications sont telles, qu'il est possible de diagnostiquer l'alcoolisation de la syphilis, à *toutes* ses étapes, *au début*, aussi bien qu'à toute autre période de son évolution. Les caractères des lésions ont une grossièreté ou *une brutalité* presque pathognomoniques.

Ces phénomènes s'observent aussi bien chez les hommes que chez les femmes. On peut les constater presque journellement chez les bouchers, les cochers, les manouvriers, et tous ceux qui croient que « leur métier les oblige à boire beaucoup. » Si nous ne rapportons aujourd'hui que des faits relevés sur des femmes, c'est pour des considérations que nous développerons plus loin. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 février 1882.— Présidence de M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

A propos du procès-verbal ;

M. *Blachez.* Nous avions, M. Grancher et moi, signalé, dans la dernière séance, le mauvais état des crèches à l'hôpital Necker. Depuis lors un inspecteur est venu dans le service procéder à une enquête. L'intention de l'administration paraît être aujourd'hui de réunir les trois crèches en une seule qu'on isolerait dans un bâtiment neuf. Il y a lieu d'encourager l'administration dans ses bonnes intentions.

M. le Président annonce que désormais M. Du Castel sera adjoint à M. Besnier pour le compte rendu des maladies régnantes.

PARACENTÈSE DU PÉRICARDE. — M. *Rendu* présente un malade auquel il a ponctionné le péricarde.

C'est un jeune homme qui est entré à l'hôpital Tenon avec des phénomènes généraux typhoïdes et une péricardite sèche d'abord, puis avec épanchement de plus en plus considérable. Des phénomènes systoliques se manifestèrent bientôt, et M. Rendu constata un signe

(1) *Erratum.* — Une erreur involontaire, et que nous tenons à rectifier, s'est glissée dans notre compte rendu de la dernière séance (v. *France médicale* n° 19). Dans la dernière phrase nous disions : « M. Féréol cite l'observation d'un de ses malades dont l'histoire clinique est une confirmation *complète* de la théorie de M. Grancher. » C'est « *confirmation* PARTIELLE » qu'il faut lire. L'abondance des matières nous avait, d'ailleurs, forcé de résumer trop brièvement la communication de M. Féréol. Nous reproduisons aujourd'hui plus complètement les arguments du savant médecin de la Charité, à propos de la réponse de M. Grancher. Le lecteur pourra, de cette façon, beaucoup mieux comprendre l'objet de la discussion.

qui lui permit d'affirmer la grande abondance de l'épanchement, signe qu'il n'a vu signalé nulle part : c'est un *bruit skodiqne* constaté en arrière dans la fosse sous-épineuse, avec conservation de la sonorité à la partie inférieure du poumon. On fit une saignée qui calma le malade, mais les accidents s'aggravèrent et M. Rendu se décida à la ponction du péricarde.

Tous les auteurs conseillent de ponctionner le péricarde dans le quatrième espace intercostal à 3 centimètres du bord gauche du sternum, là où le péricarde est séparé de la plèvre ; mais cette pratique paraît mauvaise à M. Rendu, car si on ponctionne trop en dedans on risque de blesser l'artère mammaire interne; si on ponctionne trop en dehors on risque de blesser le cœur qui est toujours dilaté dans les épanchements péricardiques; si on ponctionne trop bas, on peut blesser la plèvre avec le péricarde.

M. Rendu a fait la ponction un peu au-dessous du point où bat la pointe du cœur, sur une ligne verticale à 5 centimètres au-dessous du mamelon, et à 8 centimètres de la ligne verticale, dans le sixième espace intercostal. Il retira 950 centilitres de liquide. A la suite de la ponction on observa une congestion pulmonaire assez intense avec fièvre qui donna quelques inquiétudes. Au bout de trois semaines on entendit de nouveau des frottements péricardiques indiquant que l'épanchement ne s'était pas reproduit.

Un mois après la ponction, à la suite d'une refroidissement, le malade fut atteint d'une pleurésie gauche qui guérit assez rapidement.

Aujourd'hui les bruits du cœur sont très assourdis, le pouls est petit; il y a évidemment symphyse cardiaque. Mais le liquide ne s'est pas reproduit, le malade est capable de travailler un peu ; il peut être considéré comme guéri.

On peut voir sur le malade de M. Rendu la petite cicatrice cutanée de la paracentèse péricardique.

M. *Laboulbène*. J'ai écouté avec intérêt la communication de M. Rendu, car dans ce moment j'hésite à pratiquer la ponction du péricarde chez un de mes malades atteint à la fois de péricardite et pleurésie. L'épanchement pleurétique a été ponctionné plusieurs fois et il reste une matité précordiale qui me fait croire à l'existence d'un épanchement péricardique. Je prie M. Rendu de vouloir bien venir voir mon malade pour me donner son avis.

M. Rendu. Je ne connais rien de plus difficile que le diagnostic de la péricardite, surtout quand on n'a pas suivi l'évolution de la maladie. Chez mon malade, si je n'avais pas constaté des frottements avant les signes de l'épanchement, je n'aurais pas ponctionné.

M. Paul. La paracentèse du péricarde est une opération devant laquelle on recule pour plusieurs raisons : 1° à cause de la diffi-

du diagnostic; 2° à cause de la difficulté de l'opération ; 3° à cause de l'insuccès presque constant. Il faut, en effet, comme le dit M. Rendu, avoir suivi l'évolution complète de la maladie pour se décider à l'opération.

Quant au siège de la ponction, il ne faut jamais la tenter à droite, car on est sûr de pénétrer dans l'oreillette droite. C'est à gauche, et seulement dans la région de la pointe du cœur, qu'on peut espérer pénétrer dans le péricarde sans léser le cœur. Il vaut mieux avoir égard, comme point de repère, aux côtes dont la position est invariable et à la région où bat la pointe du cœur, qu'au mamelon qui est un point de repère infidèle, surtout chez les femmes.

M. Rendu. Théoriquement, ce que dit M. Paul est inattaquable, mais il ne faut pas oublier que 9 fois sur 10 le poumon recouvre la pointe du cœur, ce qui peut causer des accidents.

M. Bucquoy. Les rapports du cœur avec le péricarde, indiqués par M. Paul, qui sont exacts à l'état normal, ne sont pas les mêmes quand il y a un épanchement. Le diaphragme est abaissé par l'épanchement et le péricarde est distendu, tandis que le cœur reste suspendu par ses attaches vasculaires supérieures.

TYMPANISME SOUS-CLAVICULAIRE DANS LES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX. — *M. Grancher* répond à M. Féréol. Il le remercie des questions qu'il a bien voulu lui adresser, et des objections qu'il lui a posées.

La première objection de M. Féréol est celle-ci : Lorsqu'il y a un épanchement gauche, c'est au sommet droit qu'on a l'habitude de chercher l'état du poumon.

Je suis, dit M. Grancher, en contradiction avec cette tradition, — car je ne parle pas des mêmes malades que M. Féréol. — Je parle non des tuberculeux bilatéraux, mais des gens bien portants jusqu'à leur pleurésie, et chez qui l'examen de l'autre poumon ne fournit aucun signe, chez qui, en d'autres termes, il existe avec la pleurésie, soit une tuberculose unilatérale au début du même côté, soit une congestion pulmonaire.

M. Féréol me pose une deuxième question : Le liquide de l'épanchement ne peut-il pas exercer, sur le poumon comprimé, un effet semblable à celui d'un pneumothorax qui semble arrêter l'évolution de la tuberculose ? J'avoue que je n'ai pas assez de faits pour répondre d'une façon formelle à cette question.

Troisieme question de M. Féréol : Ne peut-on pas substituer l'oreille à la main dans la perception des vibrations thoraciques? Sans aucun doute. Je ne le nie pas, réplique M. Grancher, cependant j'avoue que quand la palpation donne des résultats, je la préfère à l'oreille, parce que je crois qu'elle donne des renseignements plus minutieux et plus délicats, si je puis dire.

Quatrième objection de M. Féréol : Les catégories au nombre

de trois, établies par M. Grancher, ne sont-elles pas trop absolues? Oui et non, répond celui-ci.

Les schémas que j'ai établis sont pour les cas généraux, entre lesquels il y a des nuances que je suis le premier à reconnaître, mais je n'ai pas voulu trop multiplier les formules.

D'ailleurs mes schémas ont besoin d'être expliqués :

Le premier schéma :

Son.............	+	
Vibrations.......	+	correspond à l'état sain du poumon,
Respiration......	+	

Mais sous ce signe respiration + j'entends dire que la respiration, quoique plus forte, a conservé sa mollesse, et sa pureté n'est pas saccadée.

Respiration + doit être pris dans son sens le plus restreint.

Au contraire le son + signifie tous les sons skodiques décrits par Woillez, et l'exagération du son dans son sens le plus large.

M. Féréol m'a demandé si un tubercule isolé ne pouvait pas être masqué sous le schéma du poumon sain? Oui, si le tubercule est crétacé, ancien, inoffensif, mais j'ai voulu seulement parler d'une tuberculisation en pleine activité.

Le deuxième schéma est celui-ci :

Son.....................	+
Vibrations.............	+
Respiration............	—

M. Féréol a reconnu l'exactitude de ce schéma ; cependant, il faut s'entendre sur la respiration.

Dans la grande majorité des cas, avec ce schéma, quand il s'agit d'une *pleurésie à épanchement moyen*, je crois qu'il y a congestion pulmonaire derrière l'épanchement.

Mais l'affaiblissement de la respiration est variable ; celle-ci est tantôt peu affaiblie, tantôt beaucoup. De plus, elle est généralement rude en même temps que faible ; en d'autres termes, elle est anormale.

Le troisième schéma est représenté par :

Son.....................	+
Vibrations.............	—
Respiration............	—

M. Féréol dit qu'il l'accepte quand il s'agit de la compression du gros rameau bronchique, c'est pour l'œdème qu'il ne l'accepte pas, parce que la congestion, si voisine de l'œdème, est représentée par le schéma n° 2.

Cette objection de M. Féréol a une grande force. Je n'ai que deux cas, dont un seul avec *autopsie*, de sorte que je reconnais la valeur du doute de M. Féréol.

Ce schéma reste ouvert et j'observe actuellement, dans le service de M. Blachez, un malade sur lequel nous ne sommes pas fixés, mais qui, peut-être, doit rentrer dans le schème n° 3.

Si l'on cherche la conclusion des objections de M. Féréol et de mes réponses, je pense que nous arriverons à nous entendre ; il me demande de retirer de mes schèmes ce qu'ils ont peut-être d'un peu incertain, je le fais volontiers, je n'ai pas entendu poser des règles absolues, et mes formules s'appliquent seulement à la majorité des cas.

M. Féréol. M. Grancher, en expliquant sa pensée, a retiré ce qu'il y avait peut-être d'un peu absolu dans ses schèmes.

Il n'y a que pour l'auscultation du côté opposé à la pleurésie que nous ne sommes pas d'accord. Je crois que, même pour les tuberculoses au début, l'auscultation du poumon opposé à la pleurésie peut fournir des renseignements, non sur la tuberculose qui n'est pas encore développée, mais sur la menace de la tuberculose.

M. Grancher répond à M. Féréol que, tout en apportant un correctif à ses schémas, il maintient les termes de sa première communication. Il admet, comme M. Féréol, l'importance des signes fournis par l'autre poumon, mais, quand ceux-ci n'existent pas, c'est le côté malade qu'il faut examiner et c'est lui qui pourra fournir des renseignents de nature à éclairer le médecin sur l'état du poumon derrière l'épanchement.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Ern. GAUCHER.

BIBLIOGRAPHIE

TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE, par le Dr *Pajot*, professeur d'accouchements à la Faculté. In-8°, 680 p. Paris, H. Lauwereyns, 1882.

M. le professeur Pajot a eu l'heureuse idée de rassembler en un volume diverses publications éparses, et de former ainsi une véritable revue dogmatique et clinique de son enseignement.

Ce livre, par la multiplicité des sujets qui y sont traités, se prête peu à une analyse sommaire comme celle que nous devrions faire en cette place ; et pourtant la légitime autorité du sympathique professeur Pajot nous engage à signaler en quelques mots cet intéressant recueil de ses œuvres.

Dans la première partie, après avoir passé en revue les signes de

la grossesse, le moyen d'établir le diagnostic, indiqué sous une forme aphoristique et saisissante, les divers accidents de l'état puerpéral, de la délivrance; puis les indications et le modus faciendi des diverses opérations obstétricales. L'auteur a réédité, soit des examens critiques de thèses ou mémoires, comme par exemple l'analyse déjà ancienne du manuel d'accouchement de J. Jacquemier et l'examen de la thèse de Sabatier, soit des articles faits ex-professo, comme ceux sur la céphalotripsie, soit des lettres de polémique scientifique, telles que les lettres à M. Tarnier sur le forceps à aiguille, ou des mémoires sur l'anesthésie obstétricale, l'analgésie et l'anesthésie mixte.

On y retrouve l'accent convaincu et la forme spirituelle qui sont la caractéristique des publications de M. Pajot.

Dans la deuxième partie, intitulée Gynécologie, à propos des fausses routes vaginales, l'auteur donne l'explication de certaines causes de stérilité chez la femme.

Du reste, cette étude de la stérilité par déviations trouve bien sa place à côté de celle de l'étroitesse des orifices utérins dans ses rapports avec la dysménorrhée et la stérilité. Celle du catarrhe utéro-vaginal que nous trouvons ici, avant ce chapitre intitulé: *Notes sur la stérilité*, qui nous initie aux difficultés pratiques de la question, appelle de plus notre attention sur la stérilité de l'homme et les moyens de la reconnaître.

Notons enfin que cette deuxième partie contient en outre des examens bibliographiques étendus; par exemple, l'examen du Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes, de Courty, et l'analyse du Traité clinique des maladies des femmes, de Gaillard Thomas, de New-York.

Cette intéressante mosaïque de sujets si divers permet d'ailleurs de juger l'influence persistante du professeur Pajot sur les progrès de l'obstérique depuis de longues années; mais d'ailleurs ce résumé des principaux travaux du professeur d'accouchement sera surtout intéressant à consulter pour les anciens auditeurs d'un maître si justement applaudi à la Faculté. Ils y retrouveront une argumentation entraînante et cet esprit synthétique qui sait si bien résumer les questions parfois obscures en des aphorismes concis, qui nous frappent et dont on garde longtemps, pour sa pratique journalière, l'utile souvenir.

E. Ory.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 20 au 25 février 1881.

Le Lièvre. De l'ulcère de l'estomac dans la tuberculose.— Servolles. Etude comparative de la fièvre typhoïde chez l'homme et chez le cheval.

— Harel. Des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice. — Bourny. Des abcès ossifluents du grand trochanter. — Vaisson. Du début de la fièvre typhoïde par angine. — Tayac. De l'emploi de la pilocarpine contre la diphthérie. — Chauffard. Etudes sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde. — Béchard. Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice. — Heurtault. De la péritonite tuberculeuse. — Rostan. Des névralgies saturnines.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris (Vacance de la chaire d'anatomie pathologique). — Dans sa séance de jeudi, la Faculté de médecine a pris connaissance du registre d'inscription et a désigné quatre de ses membres pour apprécier les titres des candidats à la chaire d'anatomie pathologique. Ces candidats sont, par ordre alphabétique, MM. Cornil (rapporteur : M. Charcot), Grancher (rapp. : M. Vulpian), Hayem (rapp. : M. Parrot), Lancereaux (rapp. : M. Potain).

On sait que M. Hayem, professeur de thérapeutique, avait demandé la permutation, et que la décision de la Faculté utorisant la permutation avait été annulée par M. Paul Bert. M. Hayem a maintenu sa candidature.

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques, le lundi 20 mars 1882. Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, ancien collège Rollin, tous les jours de une heure à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année, ils sont facultatifs pour les élèves qui ont seize inscriptions.

Les étudiants de quatrième année sont admis en présentant : 1° la carte des travaux pratiques qui leur a été délivrée lors de la prise de l'inscription de janvier 1882 ; 2° la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits.

Les élèves justifiant de seize inscriptions et qui voudraient prendre part aux exercices de médecine opératoire, devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront une demande au secrétariat de la Faculté où il leur sera donné connaissance des conditions qu'ils auront à remplir.

Les élèves indiqués dans les deux paragraphes qui précèdent devront se faire inscrire à l'Ecole pratique, dans les bureaux du chef du matériel, de midi à quatre heures, du 1er au 15 mars prochain. Passé cette date, nul ne pourra être admis.

Faculté de médecine de Paris. — M. Ballet, docteur en médecine, est nommé chef de clinique des maladies du système nerveux (emploi nouveau).

M. Richer, docteur en médecine, est nommé chef du laboratoire attaché à la chaire de clinique des maladies du système nerveux (emploi nouveau).

M. Féré (Charles) est nommé préparateur de la chaire de clinique des maladies du système nerveux (emploi nouveau).

Faculté de médecine de Paris. — A partir du 1er mars 1882, les conférences de médecine légale, à la Morgue, auront lieu les mardis, mercredis et samedis à quatre heures.

Facultés de médecine. — *Nombre des docteurs en médecine reçus par les Facultés françaises pendant l'année scolaire* 1880-1881. — Les six Facultés de médecine ont délivré pendant ladite année 621 diplômes de docteur, ainsi répartis pour chacune d'elles :

Faculté de médecine de Paris................	461
Faculté de médecine de Montpellier..........	66
Faculté de médecine de Lyon................	44
Faculté de médecine de Nancy..............	19
Faculté de médecine de Bordeaux...........	18
Faculté de médecine de Lille................	14
Total.............	621

Médecins de l'état civil. — M. le préfet de la Seine vient de prendre l'arrêté suivant :

Les médecins de l'état civil, dans chaque arrondissement, seront désormais nommés par le préfet, sur la proposition du maire. Lorsqu'une circonscription deviendra vacante, le maire transmettra sans délai, au secrétariat général, service du personnel, la liste des candidats qu'il croira devoir présenter. Cette liste comprendra quatre noms, dont deux choisis parmi les médecins attachés au bureau de bienfaisance et deux parmi les médecins inspecteurs des écoles communales et des écoles maternelles de l'arrondissement.

Le médecin du bureau de bienfaisance ou le médecin inspecteur des écoles qui aura été nommé médecin de l'état civil devra être remplacé dans son premier emploi.

Bulletin de la mortalité *du* 17 *au* 23 *février* 1882. — Fièvre typhoïde, 52. — Variole, 14. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 63. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 63. — Phthisie pulmonaire, 202. — Autres tuberculoses, 20. — Autres affections générales, 75.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 91.

Bronchite aiguë, 59. — Pneumonie, 152. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 40; au sein et mixte, 33; inconnu, 8. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 117; l'appareil circulatoire, 77 ; l'appareil respiratoire, 119; l'appareil digestif, 40 ; l'appareil génito-urinaire, 26 ; la peau et du tissu lamineux, 10; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 5; causes non définies, 3. — Morts violentes, 41. — Causes non classées, 11. — Nombres absolus de la semaine, 1.355.

Résultats de la semaine précédente : 1.417.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 26 JEUDI 2 MARS 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX

On s'abonne chez

DELAHAYE et E. LECROSNIER

Place de l'École-de-Médecine

PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS

UN AN

FRANCE	15 fr.
UNION POSTALE	18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER	20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique. 6, rue Gît-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 26. Jeudi 2 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 1er mars 1882.

La trichine et la viande de porc ont eu hier les honneurs de l'Académie. La commission chargée de faire un rapport sur la question était très divisée à leur égard; il était difficile de s'entendre sur les conclusions à présenter au Gouvernement. La majorité, composée de MM. Bouley et Proust, trouvait l'examen microscopique des viandes apportées d'Amérique absolument illusoire et complètement impraticable : illusoire, parce que les trichines sont très inégalement disséminées dans les viandes de l'animal et que leur absence dans un point ne signifie pas qu'elles n'existent pas dans les autres; impraticable, vu l'énorme masse de quarante millions de kilos de viande de porc introduite en France chaque année, et cela en petits morceaux qu'il faudrait tous examiner successivement.

M. Chatin, qui représente à lui seul la minorité de la Commission, revendique les intérêts des helminthologistes (!) qui ont sans doute intérêt, comme de simples mortels, à ne pas être infectés par la trichine. Le seul moyen efficace d'empêcher l'invasion de ces animaux désagréables paraît être, à M. Chatin, l'examen micrographique; la cuisson ne lui suffit pas, d'autant plus qu'elle peut être insuffisante et nulle, comme pour les jambons. Mais pour rendre cet examen praticable, il propose de faire expédier la viande d'Amérique à l'état de porcs entiers ou de demi-porcs; les recherches micrographiques seraient alors rapides, s'il est vrai qu'il suffise d'examiner une petite partie de la chair d'un porc pour pouvoir affirmer qu'il existe ou qu'il n'existe pas de trichines dans tout le reste.

Malheureusement M. Bouley, toujours prompt à la riposte, renvoie à M. Chatin cette grave objection : qu'il n'est pas possible de saler un porc entier ou un demi-porc et que par suite l'importation de la viande des Etats-Unis deviendrait des plus difficiles.

Cet échange d'arguments aurait duré longtemps sans doute si l'Académie n'y avait mis fin en votant à la presque unanimité les conclusions présentées par M. Bouley.

La séance ne pouvait se terminer sur les trichines. M. le professeur Gosselin a communiqué à l'Académie son procédé d'anesthésie par le chloroforme; M. Labbé a également communiqué le sien, qui est à la fois tout pareil, en ce sens que M. Labbé emploie comme M. Gosselin de très petites doses de chloroforme, et tout le contraire, car le chirurgien de Beaujon repousse complètement les intermittences déclarées nécessaires par le chirurgien de la Charité.

Cette discussion doit continuer dans la prochaine séance. Elle ne saurait manquer d'offrir un grand intérêt pratique, quoiqu'il soit douteux qu'il se rencontre deux chirurgiens qui administrent le chloroforme suivant le même procédé. A. CH.

Syphilis et alcool.

Les inviteuses (*Suite*) (1).

Par MM. BARTHÉLEMY et DEVILLEZ.

Nous ferons remarquer que toutes les malades qui font le sujet de nos observations jouissaient d'une bonne santé, et que, chez elles, la *syphilis alcoolisée*, ne se montrait réellement sévère *que pour la peau.* L'état général était aussi bon que l'état local était peu satisfaisant.

. III. — RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS. — *I. Syphilis alcoolisée.* — P... (Thérèse), 22 ans, fille de brasserie depuis deux ans.

Très bonne santé habituelle. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Déflorée à 18 ans. A 19 ans grossesse à terme. L'enfant est mort à 9 mois de convulsions ; il était élevé au biberon.

Jamais d'autre grossesse. Bonne menstruation. Leucorrhée habituelle. Coïts multiples et variés.

Le 24 octobre 1880 elle eut pour la première fois des boutons à la partie. La lèvre gauche se tuméfie considérablement.

Sous l'influence d'un alcoolisme intense, la lésion primitive reçut une violente exaspération et prit rapidement une grande extension. Elle eut l'*étendue*, au moins, d'une *pièce de* 2 *francs*, mais de forme ovale. Elle fut d'une coloration rouge foncé, de chair musculaire (viande crue violette) avec des points purpuriques et presque hémorrhagiques çà et là. L'induration fut extrême, vrai bourrelet cartilagineux. Autour du chancre, il y eut une production néoplasique qui infiltrait le derme et qui fut considérée commme un syphilome diffus secondaire précoce ; syphilides papuleuses en nappe de Fournier.

Le chancre dura plus de trois mois.

Les accidents secondaires sont aussi fort intenses. La malade est revenue le mois dernier avec d'énormes *syphilides papulo-hypertrophiques.*

Ici la malpropreté ne peut être mise en cause, l'alcoolisme seul doit être invoqué.

Ce fait et tous les suivants montrent l'importance de la sobriété chez les syphilitiques, pour lesquels l'indication d'un régime sévère est formelle.

(1) V. *France méd.*, n° 25, p. 289.

II. Syphilis alcoolisée. — A... (Anaïs), 18 ans, habite Paris depuis trois ans.

Il y a un an, la passementerie allant mal, cette femme entra dans une brasserie. Relations sexuelles fréquentes et variées.

Depuis deux mois seulement elle est pâle et se sent fatiguée, facilement essoufflée ; elle est, de plus, sujette à des crampes d'estomac si vives qu'elles vont presque à la lipothymie.

C'est aussi depuis deux mois que la malade a observé sur elle les premiers boutons et les ulcérations secondaires. On voit encore sur les flancs des taches brunes de roséole.

Ainsi, en moins de deux mois, elle eut le corps couvert de taches, de boutons, de croûtes larges et épaisses.

Grâce à l'alcool, la *syphilis, on le voit, arrive prématurément à la période des pustules et de l'ecthyma.*

La suppression des liqueurs, le régime de l'hôpital permettent au traitement d'agir ; en trois mois, la malade est améliorée.

III. Vérole et alcoolisme chronique. — B... (Marthe), fille de brasserie depuis deux ans (26 ans).

Syphilis datant de trois ans et demi. La malade est sujette à des céphalalgies et à des douleurs musculaires et osseuses ; elle a une insomnie habituelle et fatigante.

Vient-elle à s'assoupir, aussitôt rêves fréquents et effrayants. Soubresauts. Elle n'a plus d'appétit.

Elle se sent molle, sans force, sans énergie, tout effort lui coûte.

Elle est très affaiblie, chancelle et peut parfois à peine se porter. Les contractions musculaires sont pénibles, elle est sujette aux vertiges.

Elle a souvent la tête vague, la mémoire moins fidèle ; elle n'a plus de réparties, n'aime plus à lire ni à causer, elle est triste, mélancolique. Elle a perdu toute gaieté, toute vivacité physique et intellectuelle, et recherche la solitude.

Jamais elle n'a eu d'attaques de nerfs, ni de sensation de boule, etc.

Gastralgies continuelles, pituites fréquentes, pâleur, maigreur.

En résumé, asthénie généralisée, vertiges, torpeur intellectuelle, céphalée, insomnie, chloro-anémie, gastrite chronique (syphilis dénutritive de Fournier, syphilis précoce maligne des auteurs).

Syphilome nasal, extrêmement rebelle, ayant résisté plus d'une année aux traitements appropriés.

IV. Syphilis alcoolisée. — D... (Jeanne), 23 ans, fille de brasserie. Depuis cinq ans, elle sert dans le même établissement (1880).

Auparavant, elle ne faisait rien et avait une santé excellente. Règles apparues à 12 ans, jamais abondantes, mais indolentes. Déflorée à 17 ans, elle eut l'année suivante une petite fille qui se

porte bien. Depuis trois ans, Jeanne D.,. est devenue très grosse, *menaces d'obésité, jamais d'excès sexuels.*

Elle revient à la consultation le 25 juillet 1880. *Chancres syphilitiques* multiples, déjà bourgeonnants ; ils se font remarquer par *leur étendue, leur induration, leur profondeur relative*, et, d'une manière générale, par la *grossièreté et la brutalité* de leurs caractères. Leur durée a été très longue.

Le corps est littéralement couvert de papules élevées, grosses comme des pois, roses, mais à reflets jaunâtres transparents. Ces papules sont turgides, fongoïdes, gonflées, mollasses ; on les croirait infiltrées de sérosité claire. (*Syphilides papuleuses hypertrophiques de la peau.*)

Cette éruption de syphilides est grave *par l'abondance, par l'intensité* des éléments ; de plus, elle *est précoce*, car elle date déjà d'un mois, et cependant *les chancres durent encore.*

2e séjour (1880). Bien que la malade ait continué le traitement en ville, bien qu'elle ait gardé une abstinence relative, *elle revient avec de nouveaux accidents.*

L'alcoolisation de la syphilis se manifeste encore par la réapparition *rapide des accidents, leur intensité, leur persistance, leur coloration vineuse et par leur étendue.* (*Syphilides erythémateuses diffuses*, moulées par M. Baretta.)

3e séjour (1881). Nouvelle apparition d'accidents cutanés qui sont remarquables encore par leur nombre et par leur abondance, par la rapidité des poussées et la précocité de leur forme, enfin par leur dimension (*syphilides papulo-croûteuses, papulo-tuberculeuses*).

V. *Syphilis et alcool.* — R... (Laure), 29 ans, fille de brasserie depuis huit ans.

Constitution remarquablement robuste.

Syphilis contractée il y a dix ans. Jamais d'autre maladie.

Soignée à plusieurs reprises, soit à Saint-Louis, soit à Lourcine.

Retours très fréquents des accidents cutanés et muqueux.

Il y a trois ans, M. Vidal la soigna déjà pour des syphilides ulcéreuses. Depuis cette époque, elle a été presque constamment malade. A peine sortie d'un service, elle était obligée d'y rentrer pour une nouvelle récidive.

L'année dernière nous la vîmes une première fois pour des syphilides tuberculo-ulcéreuses périvulvaires et périanales et pour des syphilides ulcéro-croûteuses du cuir chevelu, c'est-à-dire pour des accidents de syphilis tertiaire.

Ces ulcérations se font remarquer par leur irrégularité, la *saillie* de leurs bords, *leur dureté*, l'inégalité de leur fond et leur coloration

grisâtre. M. Fournier les désigne sous le nom *d'ulcus elevatum* (Verneuil) ; leur *surface est végétante*, leur aspect *frambœsioïde*.

Guérison en trois mois (mai 1880).

Nouveau séjour tout récent. Récidive de syphilides ulcéreuses dans les lombes et sur le cuir chevelu (1881). On peut constater sur elles les mêmes caractères que précédemment : *profondeur, dureté, aspect grossier et brutal des lésions, croûtes épaisses, résistance au traitement, récidives rapides*.

D'ailleurs, *l'état général est bon*, les divers organes fonctionnent normalement. La malade est très vigoureuse ; il le faut pour qu'elle résiste aussi bien à une alcoolisation aussi intense, ayant été prolongée pendant plusieurs années. Il n'y a guère que trois ans que la malade est devenue sobre. Toutefois, sa syphilis est encore manifestement influencée par l'alcoolisme.

Nous aurions pu citer des observations bien plus nombreuses. Nous n'en rapportons qu'une seule de chaque forme. Nous voulons montrer que la présence de l'alcool se manifeste sur la peau dès le chancre et se poursuit jusqu'à la période tertiaire.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

TRAITEMENT DES CAVERNES PULMONAIRES PAR L'INCISION ET LE DRAINAGE. — Le Dr Fenger et le Dr Hollister (de Chicago) ont publié, dans *The American Journal of medical sciences* du mois d'octobre dernier, un cas de caverne gangréneuse du poumon traitée avec succès par le drainage ; ils citent 5 observations dans lesquelles ce traitement avait déjà été employé. Le professeur Mosler (de Greifswald) est le premier qui ait osé mettre à découvert et drainer une cavité pulmonaire ; mais ce premier essai n'avait pas donné de résultats satisfaisants; aussi le traitement chirurgical fut-il abandonné pendant un certain temps. Pendant ces trois dernières années, on a publié six autres cas, y compris celui de Fenger et Hollister, et ce dernier est le seul qui paraisse avoir donné des résultats définitivement satisfaisants.

Le malade était un homme de 34 ans qui avait, dans le lobe moyen du poumon droit, un vaste abcès fétide provoqué par la suppuration d'un gros kyste hydatique datant de douze ans. L'haleine et les crachats avaient une odeur putride ; l'orifice, qui faisait communiquer les bronches et la cavité, n'était pas suffisant pour évacuer cette dernière. Tout le reste du poumon droit était le siège d'une bronchite purulente diffuse, le malade avait beaucoup de fièvre, il maigrissait et s'épuisait. Après une ponction exploratrice, on fit une ouverture dans le troisième espace intercostal, à deux pouces à droite

Les auteurs recommandent de faire deux ouvertures : la première sur la partie de la caverne la plus superficielle et la plus facilement accessible ; on fait la seconde après avoir exploré la cavité avec le doigt et on la fait dans le point le plus éloigné possible, de manière à amener promptement et complètement l'évacuation du contenu purulent. Chez les malades antérieurement traités, on n'avait fait qu'une ouverture ; Fenger et Hollister pensent que c'est à cette double ouverture qu'il faut attribuer le succès chez leur malade.

Chez ce dernier, la cavité était lavée d'abord avec une solution faible d'acide phénique (1/2 p. 100), puis avec une solution de thymol. Il est important que le tube à drainage ne soit pas retiré trop tôt, de peur que la bronchite purulente et la bronchio-pneumonie ne se reproduisent, si la caverne pulmonaire n'était pas encore complètement formée. A. CH.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 *février* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend une observation envoyée par le Dr J.-A. Fort (de Rio-Janeiro) et intitulée : Tumeur fibreuse de l'utérus, hystérotomie, guérison. (Comm. : M. Tillaux.)

M. Hardy présente, de la part de M. le professeur G. Sée, une brochure sur la trichinose chez l'homme. (Extrait de la *France médicale.*)

M. Gautier présente une base alcaloïdique extraite des cadavres et qui renferme les principes des ptomaïnes découvertes par MM. Gautier et Selmi.

M. Th. Roussel présente son deuxième rapport annuel sur l'exécution de la loi sur la protection des enfants du premier âge (1874). Il y a déjà deux résultats acquis. Le premier, c'est la diminution du chiffre de la mortalité infantile ; la statistique scientifique de la mortalité infantile a déjà pu être appliquée à 11 départements. Le second résultat, ce sont des améliorations très notables des conditions dans lesquelles sont élevés les enfants.

M. Fournier présente, de la part de M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, une brochure sur le traitement chirurgical de quelques affections cutanées. (Extrait de la *France médicale.*)

M. Chatin présente, de la part de M. Boudier (de Montmorency), un mémoire manuscrit sur les champignons vénéneux.

M. le président rappelle à l'Académie que, à propos de la dernière élection d'un membre associé libre, l'Académie a émis le vœu que des réformes fussent introduites dans cette section. La question est renvoyée à la commission elle-même, qui fera un rapport sur ce sujet.

INSPECTION DES VIANDES PORCINES DE PROVENANCE ÉTRANGÈRE. — *M. Bouley* présente, au nom de la majorité de la commission, composée de MM. Proust et Bouley, les conclusions suivantes :

L'Académie, prenant en considération :

1° Que, depuis un assez grand nombre d'années, les viandes porcines, de provenance américaine ou allemande, sont entrées librement en France et ont été livrées à la consommation, sans qu'elles aient été soumises à une inspection spéciale au point de vue de la trichine ;

2° Que, malgré l'usage très répandu qui a été fait de ces viandes, notamment dans l'armée et dans les grands centres manufacturiers et industriels, la trichinose, hormis une seule fois où elle procédait d'un porc indigène, n'a été observée dans aucune des régions de la France, bien que son existence fréquente en Allemagne ait appelé sur elle, d'une manière toute particulière, l'attention des médecins ;

3° Que cette immunité, dont jouissent nos populations à l'endroit de la trichinose, se rattache, à n'en pas douter, à nos habitudes culinaires, la viande de porc n'étant généralement consommée en France qu'après avoir subi une température de coction qui n'est pas compatible avec la conservation de la vie des trichines ;

4° Qu'enfin une inspection microscopique efficace ne pourrait être que bien difficilement applicable à la masse énorme de 40,000,000, au moins, de kilogrammes de viande porcine, présentée annuellement à l'importation ; et que, dans tous les cas, cette inspection ne saurait donner une garantie certaine de l'innocuité de ces viandes, au point de vue de la trichinose, l'irrégularité de la dissémination des trichines ne permettant pas d'induire de leur absence dans un point qu'elles n'existent pas dans un autre ;

Est d'avis :

Qu'il n'est pas nécessaire de soumettre à une expertise microscopique les viandes porcines d'importation étrangère, pour prévenir l'infection trichinosique chez les populations qui font usage de ces viandes, les habitudes culinaires des populations ayant été démontrées jusqu'à présent efficaces pour les préserver de cette infection ;

Et qu'il suffit, pour les tenir en garde contre les dangers possibles de l'usage de la viande de porc consommée crue, ou incomplètement cuite, de les leur signaler dans une instruction spéciale qui serait distribuée dans toutes les communes par les soins de l'administration.

M. Colin demande s'il est nécessaire de voter dès aujourd'hui sur ces conclusions ; il désirerait communiquer des expériences sur la salaison des viandes de porc.

M. Colin s'inscrit en outre contre l'une des conclusions de la commission. La dissémination des trichines dans les viandes est assuré-

ment très irrégulière, mais si on ne trouve pas de trichines dans un morceau de viande d'un animal, on est autorisé à en conclure qu'il n'y a pas de trichines dans tous les autres muscles du même animal.

M. J. Guérin demande si l'on doit envoyer un rapport au ministre, ou si on doit seulement envoyer les conclusions.

M. Larrey désire se rallier aux conclusions de M. Bouley, mais il regrette que M. Bouley n'ait pas cru devoir instruire le ministre de ces faits dès l'année dernière. On aurait ainsi abrégé notablement les difficultés qui sont nées de cette question.

M. Bouley ne saurait avoir la responsabilité des décisions qui ont ont été prises par le ministre l'an dernier.

M. Chatin, au nom de la minorité de la commission, minorité composée de lui seul, désire présenter un amendement aux conclusions proposées par M. Bouley.

Il regrette profondément de ne pouvoir s'associer aux conclusions qui viennent d'être formulées. Les mesures réclamées par M. Bouley pourraient avoir pour effet d'entraîner même la contamination de nos porcs indigènes, et nous serions alors dans la triste situation de l'Allemagne. Il y a des préparations, jambons, saucisses, etc., sur lesquelles l'action de la chaleur est insuffisante ou nulle. M. Chatin a cherché un moyen qui permît de concilier les desiderata des helminthologistes et les intérêts du négoce. Ce moyen consisterait à examiner les porcs à l'état de porcs entiers ou demi-porcs. Cela réduirait considérablement le travail, et par suite le nombre des micrographes employés. En effet, lorsque le porc est en morceaux, il peut être examiné plusieurs fois sans utilité.

M. Chatin présente donc l'amendement suivant :

1° L'Académie, tout en rappelant qu'une cuisson prolongée constitue la plus sûre des garanties contre l'action nocive des viandes trichinées, croit devoir émettre l'avis que ces viandes soient exclues de la consommation, en raison même de l'existence des parasites qu'elles renferment et qui sont transmissibles à l'espèce humaine.

2° Soucieuse, cependant, de concilier les intérêts de la santé publique et ceux du négoce, l'Académie estime qu'il suffirait d'une expertise pratiquée aux lieux d'exportation sur des porcs entiers ou des demi-porcs. En admettant sous ces deux formes les viandes de provenance étrangère, on simplifierait l'examen dans une mesure considérable, on augmenterait sa précision par la connaissance des lieux d'élection de l'helminthe et l'on éviterait tout retard préjudiciable au commerce.

M. Bouley. Il semble que le dépeçage des porcs est la condition nécessaire d'une bonne salaison. Il doit être difficile de saler un porc

entier ou un demi-porc. C'est là une difficulté considérable à l'admission de la proposition de M. Chatin.

M. Rochard. La production de l'Amérique ne va en France qu'en petites parties ; il est douteux que les industriels de ce pays veuillent modifier tout leur outillage pour nous seuls, alors qu'ils peuvent expédier leurs produits sur d'autres points.

M. Th. Roussel. Les porcs américains n'arrivent pas seulement par Marseille et le Havre, ils arrivent sous différents noms par tous les points de la frontière ; il faudrait donc un blocus complet et une véritable armée de micrographes. Les Américains pourraient bien modifier leur outillage, la consommation en France en vaudrait la peine, mais, comme le dit M. Bouley, il est nécessaire de couper les porcs en morceaux pour les saler.

M. Chatin croit que la salaison d'un demi-porc est très possible. Il croit en outre qu'il suffirait de 80 ou 100 micrographes pour examiner tous les porcs qui entrent en France.

M. Colin (d'Alfort). On sale les porcs avant de les couper en petits morceaux, tous les charcutiers le savent. On pourrait donc n'admettre l'introduction en France que de demi-porcs.

L'amendement de M. Chatin, mis aux voix, n'est pas adopté.

L'Académie est d'avis de se prononcer dès maintenant sur les conclusions de la commission.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

De la technique des inhalations de chloroforme. — *M. Gosselin* a dit, dans l'avant-dernière séance, que le chloroforme même impur n'avait pas d'inconvénients et qu'il ne causait jamais la mort lorsqu'il était bien administré.

M. Gosselin a assisté à un bon nombre de chloroformisations, il a été rarement satisfait de la manière dont on procédait. En donnant le chloroforme à dose progressive, il arrive souvent que l'on charge le sang d'une trop grande quantité de chloroforme et c'est de cette façon que les accidents se produisent. M. Gosselin a voulu donner une formule plus rigoureuse, il a été amené à recommander les intermittences.

On met sur le linge 5 ou 6 gouttes de chloroforme ; quand la compresse est desséchée, on en verse 7 ou 8 gouttes, et cela pendant une demi-heure. Il n'y a pas d'anesthésie, mais seulement un peu d'excitation.

Lorsqu'on donne des doses massives sans interruption chez le chien, l'animal s'endort vite, mais au bout de quelques secondes il tombe inerte, sans pouls et sans respiration. Il y a eu arrêt du bulbe. Généralement on peut faire revenir l'animal, mais souvent la mort est définitive.

Lorsqu'on donne des doses progressives avec intermittences, chez

l'homme, permettant deux inspirations à l'air libre contre huit ou dix au chloroforme, le sujet arrive à l'anesthésie complète, à l'anesthésie chirurgicale.

Dans ce dernier cas, le sujet peut prendre une quantité considérable de chloroforme, mais le sang arrive au bulbe beaucoup moins chargé de vapeurs anesthésiques, le chloroforme s'éliminant constamment par les reins, la peau et la respiration. Il faut ici, comme pour le tabac et l'alcool, une certaine accoutumance.

Le meilleur moyen de fixer les idées sur ce point serait de savoir quelle est la quantité de chloroforme qu'il faut avoir dans le sang pour arriver à l'anesthésie ou à l'intoxication. M. P. Bert est celui qui s'est approché le plus du but, en déterminant chez les animaux les zones maniables, mais il n'a pas fixé les limites chez l'homme. La méthode de M. P. Bert aurait en outre l'inconvénient de nous charger d'appareils encombrants.

M. Gosselin est arrivé à une dose approximative avec son procédé. Il commence par donner le chloroforme lui-même, et si un aide continue; il lui recommande de surveiller l'état de la pupille et du réflexe palpébral. Il résume ainsi sa formule : il verse d'abord quelques gouttes seulement de chloroforme sur la compresse ; lorsque ces gouttes sont évaporées, il laisse respirer un peu d'air, puis verse environ un gramme de chloroforme qu'il fait inhaler de nouveau et ainsi de suite, de telle sorte que le malade ait environ huit ou dix respirations de chloroforme pour deux respirations d'air pur.

M. Gosselin ne veut pas donner cette formule comme absolue ; il faut aux divers sujets plus ou moins de chloroforme. Ce à quoi il tient surtout, c'est aux inspirations d'air pur. Il arrive à la dose approximative de 10 à 11 grammes de chloroforme pénétrant dans le sang pendant les huit à dix minutes que dure l'anesthésie.

On dira que cela n'est pas nouveau, mais M. Gosselin a souvent vu faire. l'anesthésie par d'autres personnes et il a vu raremment tenir compte des interruptions.

M. Labbé, engagé par M. Gosselin à faire connaître sa pratique, dit que depuis une année il a modifié complètement sa manière de faire. Il arrive à ce point qu'il n'observe presque plus les malaises du début du chloroforme, les vomissements; la période d'excitation est moins forte, et les troubles consécutifs sont beaucoup moins fréquents. Cependant, au premier abord, sa manière de faire diffère entièrement de celle de M. Gosselin. Il donne le chloroforme à très petite dose, mais d'une façon continue, en supprimant complètement les intermittences, dans le but de ne pas rabaisser à chaque instant le titre du mélange d'air et de chloroforme. Il croit se mettre dans des conditions telles qu'il emploie utilement tout le chloroforme qu'il présente au malade, sans s'exposer jamais à le soumettre à ces doses

massives qui paraissent jouer un rôle si important dans les accidents mortels. Dans ces conditions, il a pu, à plusieurs reprises, faire des opérations d'une durée de quinze à vingt minutes, n'ayant emprunté au flacon de chloroforme que 5 à 6 grammes de ce liquide et il lui est arrivé nombre de fois d'employer 20 grammes de chloroforme pour une opération d'ovariotomie pour laquelle on a maintenu le malade pendant plus d'une heure dans un état d'anesthésie complète. Il y a loin de là aux 200 ou 250 grammes dont quelques chirurgiens parlaient mercredi dernier à la Société de chirurgie.

M. Labbé trouve une confirmation à cette façon d'agir dans les travaux récents de M. P. Bert sur ce qu'il a désigné sous le nom de zone maniable. Le chloroforme n'agit pas par la quantité qu'on respire, mais par la proportion qui s'en trouve dans l'air inspiré. Sans qu'il puisse y avoir un dosage mathématique, il semble que par ce procédé on a des chances sérieuses de se maintenir dans la zone maniable (non déterminée chez l'homme jusqu'à ce jour) et par conséquent de ne pas dépasser l'écart qui sépare la dose anesthésique de la zone mortelle.

La séance est levée à 5 heures.

NOUVELLES

Médecins des Bureaux de bienfaisance. — MM. les médecins du XIIe arrondissement sont informés que, le dimanche 5 mars 1882, il sera procédé dans une des salles de la mairie à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin ouvert à midi sera fermé à 4 heures.

Le divorce. — La commission parlementaire du divorce a tenu deux séances dans lesquelles elle a entendu MM. Legrand du Saulle, Charcot et Magnan.

MM. Charcot et Magnan ont exprimé l'avis que, dans aucun cas, il n'est possible de déterminer d'une manière absolue l'incurabilité de la folie. Cette incurabilité ne peut être exactement établie que dans le cas de paralysie générale.

Dans ce cas, le malade meurt dans une période ne dépassant pas cinq ans. On pourra donc toujours attendre l'expiration de cette période, qui apporte la solution naturelle à la situation du malade.

Les délais légaux exigés par les procès pour obtenir le divorce seront donc à peine dépassés.

La commission a repoussé l'amendement de M. Guillot (Isère), tendant à introduire la folie dans les causes de divorce.

Nous aurions plutôt pensé que la folie, même guérissable à la rigueur en tous cas prodigieusement héréditaire, devait être considérée comme une des causes de divorce les plus sérieuses. (*Union médicale.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. Parent, A. Davy, Succr Imp. de la Faculté de médecine r. M.-le-Prince 31



VÉRITABLE
TRAIT DE VIANDE
LIEBIG
ÉCIEUX POUR MALADES & MÉNAGE
5 MÉDAILLES D'OR
RANDS DIPLOMES D'HONNEUR
ER le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
end chez les Epiciers & Pharmaciens.



DRAGÉES MEYNET
D'EXTRAIT
DE FOIE DE MORUE

6T-Neuvième Année — Tome I. N° 27 Samedi 4 Mars 1882

LA

RANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

UREAUX
n s'abonne chez
HAYE et E. LECROSNIER
Place
École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste ; l'abonnement se con-
auf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 27. Samedi 4 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Syphilis et alcool. — Les inviteuses.

(*Suite et fin*) (1).

Par MM. Barthélemy et Devillez.

On le voit, l'alcoolisme est partout présent, il est partout le com-
pagnon, le complice de la syphilis.

L'alcoolisme, cependant, est beaucoup plus rare chez les femmes
que chez les hommes.

Frappés du nombre de cas analogues aux précédents, nous avons
voulu en rechercher les causes.

Or, nous avons pu constater que tous se portent *sur une seule et
même catégorie de femmes*.

Ces femmes, en général, jeunes, d'un extérieur assez agréable, sont
toutes des *femmes de « brasserie »*.

Il nous a semblé qu'à l'instant où l'on s'occupe enfin de cette ques-
tion des brasseries servies par des femmes, cette étude rapide pou-
vait avoir quelque intérêt aux yeux de ceux qui demandent la suppres-
sion de ces établissements *au nom de l'hygiène et de la morale pu-
bliques*.

Nous avons multiplié, réitéré, précisé nos recherches et nos inter-
rogations et nous avons obtenu des renseignements fort édifiants...
véritable recueil de faits que considérerait, à coup sûr, comme une
précieuse mine, certaine école de littérature qui fait grand tapage
depuis quelque temps et qui a pris pour devise : « Ne pas inventer,
mais voir et décrire. »

C'est ainsi que nous avons su que cette alcoolisation n'était le ré-
sultat ni d'impérieux besoins, ni d'habitudes invétérées et encore
moins d'attraits irrésistibles trouvés aux liqueurs.

Ces femmes ne trouvent même, en général, aucun plaisir à boire
ainsi.

Quelques-unes à peine, les novices ou bien les autres, de temps en
temps seulement, y voient un moyen d'échapper parfois aux instants
inévitables de tristesse ou de découragement.

« C'est bon *quelquefois* pour s'étourdir », disent-elles.

Mais le plus souvent, boire leur est désagréable : « Je n'aime pas,
je déteste toutes ces boissons », nous ont dit plusieurs de nos mala-
des.

(1) V. *France méd.*, n° 25 et 26, p. 289 et 302.

En effet, c'est le besoin de manger qui fait boire toutes ces femmes.

C'est là leur gagne-pain; et les professions ouvertes aux femmes étant, dans notre société, peu nombreuses et fort mal rétribuées, c'est leur moyen de lutter pour l'existence et c'est une des faces du « Struggle for life » qu'il nous est donné de considérer.

Mais comment cela peut-il se faire ?

Comment ces femmes peuvent-elles remplir leur bourse en consommant, c'est-à-dire en faisant ce qui, précisément, vide la poche de toute autre personne ?

La chose est simple. Cela se passe ainsi grâce à une estimable industrie qui n'a pas d'autres bases que l'encouragement au vice et l'excitation à la débauche.

Ces femmes sont des *entraîneuses*, des *inviteuses* pour le compte d'autrui. Ce sont les agents provocateurs de l'alcoolisme.

Elles travaillent, les patrons touchent; elles boivent, les patrons gagnent.

En doutez-vous ? Transcrivons les récits de ces femmes :

« Le métier est fatigant : de deux heures de l'après-midi à trois heures du matin, il faut marcher, servir, être toujours debout.

Elles doivent « pousser à la consommation », soit par la parole, soit par l'exemple. Elles *doivent* exciter à boire, se plaindre qu'on ne boit pas, offrir des consommations que les messieurs ne peuvent ensuite refuser de payer.

Dans telle brasserie, 8 à 10 femmes font ce métier d'inviteuses à boire.

Elles ne sont pas payées par le patron, elle sont seulement nourries et, encore, n'ont-elles les deux repas que quand elles viennent à 11 heures, au lieu de 2 heures.

Elles ne sont pas payées en proportion des bocks qu'elles ont pu faire boire; il n'y a que sur les consommations de 60 à 75 centimes qu'elles ont un sou de remise.

Non seulement elles ne reçoivent aucun salaire du patron qui les emploie, mais elles sont tenues de fournir les allumettes aux consommateurs. Dans quelques rares brasseries, elles ont 10 centimes par franc, mais elles doivent alors fournir le costume. Le plus souvent, elles ont pour tout bénéfice les pourboires des consommateurs.

A la fin de la journée, elles ont des résultats très variables, tantôt 10 fr., tantôt beaucoup moins, le plus souvent 3 ou 4 fr.

A... était souffrante ; son médecin lui avait défendu les liqueurs et la bière. Grâce à ces recommandations, elle ne buvait plus dans la journée que « deux curaçaos, une prune et une cerise ».

Quand elle était « *forcée* » de consommer, elle prenait un petit verre de tisane de queues de cerises, qu'elle annonçait au client

comme étant une liqueur quelconque et que, suivant la bonne mine les individus, elle faisait payer 30 ou 40 centimes le verre.

(Nous racontons toujours, sans rien *ajouter*, ni *exagérer*.)

Mais cet argent ne lui profitait pas; elle était obligée de le remettre entièrement à la caisse, tout comme si elle payait « une consommation véritable ».

Notre malade était *mal vue* par le maître de l'établissement, parce qu'elle *ne buvait pas assez* avec les clients qui voulaient lui faire des politesses. Sans tenir compte de ses gastralgies, on lui reprochait d'être une servante sans zèle « et de ne pas faire aller le commerce ! »

Les autres femmes, de santé plus robuste, ne buvaient pas de tisanes, mais de la *bière*, des *liqueurs* ou des *apéritifs* ; « chaque client offre souvent 2 ou 3 bocks », quelquefois davantage.

A la fin de la journée, ces malheureuses ont fait une consommation habituelle d'*une quinzaine de bocks*, de 5 *ou* 6 *verres de liqueurs* et de 3 *ou* 4 *apéritifs !*

Beaucoup sont en état d'ivresse régulièrement tous les soirs ; quelques-unes le sont dès l'après-midi.

La malade termine : « Dans toutes les brasseries, c'est pareil ».

Peut-être allez-vous croire qu'il n'y a là que des exagérations, des coïncidences et qu'il s'agit de faits exceptionnels.

Ecoutez cette autre femme :

Les femmes employées dans ces brasseries ont pour fonction de faire boire et de boire. Elles sont mal vues par le patron si elles ne boivent pas; aussi elles boivent, parce que, ajoute-t-elle, les affaires iraient mal si les clients n'avaient à payer que leurs consommations. Toute infraction à ces règlements est d'ailleurs punie par des amendes dont les chefs d'établissement ne sont pas avares.

Certaines femmes savent mieux que d'autres attirer et retenir les consommateurs ; elles sont plus « *commerçantes* » les unes que les autres ; quelques-unes se créent une clientèle qui leur est personnelle.

Nous devons dire d'ailleurs que presque aucune de ces brasseries n'a de dépendance suspecte, ni de cabinet particulier.

Dans presque toutes ces maisons, il est interdit aux femmes de s'asseoir sur la banquette, à côté de leurs clients ; elles n'ont droit qu'à une chaise, en face de leur interlocuteur. Défense formelle, sous peine des amendes signalées plus haut, de permettre une faveur ou de laisser prendre la moindre liberté ; dans quelques brasseries même, le patron pousse le culte des convenances, la *respectabilité*, jusqu'à empêcher ces dames de fumer.

Dans aucun établissement, les verseuses ne sont payées ; dans quelques-uns, le patron, au contraire, est payé par ses servantes; il reçoit 1 franc par jour en moyenne, excepté dans les établissements

qui commencent et qui cherchent à s'achalander. Suivant l'importance des brasseries, les femmes paient de 50 centimes à 2 fr. 50 par jour ; souvent elles sont obligées de fournir leur costume-uniforme qui coûte parfois fort cher.

Les femmes n'ont même pas tant pour cent sur la vente des consommations qu'elles font faire ou qu'elles font.

Dans certaines maisons cependant, où elles ont beaucoup de frais, la générosité du patron va jusqu'à leur donner un sou par franc. Elles n'ont pour tout bénéfice que les pourboires.

Plus elles attirent de consommateurs, plus elles ont de pourboires. Suivant l'importance de la clientèle qu'elles ont su se créer, elles gagnent ainsi de 3 à 15 fr. par jour; tels sont les deux extrêmes, la moyenne est de 4 à 6 fr. Telle, fort habile, gagne toujours au moins 10 fr. par jour et a pu « se faire » jusqu'à 18 fr.

Mais, c'est un excellent métier, allez-vous dire, et ces filles ne sont pas tant à plaindre ! — A première vue, il peut ainsi paraître; mais avant de vous prononcer, veuillez songer au prix de *quel empoisonnement lent* elles arrivent à ce résultat :

Celle-ci boit *par jour* 15 bocks, 2 madères et *deux* fines champagne. Celle-là, qui est de *garde* le matin : 25 bocks, 10 madères, 4 curaçaos et 2 chartreuses.

Enfin, la femme, qui est citée comme exemple, celle qui ne refuse jamais une consommation, celle enfin qui jouit du *summum* de considération dans l'établissement, est arrivée à absorber *en une seule journée* : 42 bocks, 2 chartreuses, 3 absinthes et un grog américain. C'est elle qui a gagné 18 francs.

Voilà cinq ans qu'elle fait ce métier dans la même brasserie !

Jugez un peu des résultats d'une telle hygiène prolongée pendant un certain temps. Toutefois, nous devons à la vérité de dire que cette femme, remarquablement robuste, supporte assez bien son affreux régime. Elle est, certes, un peu obèse, mais elle dit qu'elle a toujours été *forte*. Elle dort bien, elle n'a pas de rêves, elle n'a pas de tremblement. Elle a les mictions très fréquentes, pas de diarrhée, mais jamais d'appétit le matin. A part quelques étourdissements qui n'ont jamais amené de chute, à part quelques pituites le matin (*vomitus matutinus potatorum*), elle est très satisfaite de son état de santé.

Ce qui démontre jusqu'à quel point le métier d'inviteuse est bien caractérisé, c'est qu'on en fait dans bon nombre de brasseries une fonction toute spéciale.

Appliquant à cette industrie le principe de la division du travail, on fait servir ces dames par des garçons.

On les emploie parce qu'on offre une consommation à une femme et qu'on n'en offre point à un garçon de café.

Lorsqu'à leur tour, elles sont invitées et qu'elles ont le choix de la consommation, elles sont tenues de se faire apporter, non ce qu'elles préfèrent, mais ce qui coûte le plus cher et rapporte le plus au patron.

Elles ne se font, du reste, pas faute d'aller au-devant des invitations. Quelques-unes ont tant de clients, qu'avec la meilleure volonté et le meilleur estomac du monde, elles ne peuvent boire éternellement des liqueurs; c'est alors qu'elles se servent de petits verres d'eau pure et limpide qu'elles présentent comme du kirsh, ou bien de la tisane de figues, de graine de lin et de réglisse qu'elles font passer tantôt pour du curaçao, tantôt pour du malaga.

Le galant consommateur, suivant qu'il a bonne ou mauvaise mine, paiera de 30 à 50 centimes cette consommation de haute fantaisie.

Mais ces procédés deviennent, paraît-il, difficiles à pratiquer maintenant. Jamais on n'a vu les clients aussi méfiants que de nos jours; ils surveillent bien si les consommations sont prises et, souvent (pâlis, ô saint Thomas), ils les goûtent! Plus d'une fois cependant, un même pseudo-madère est payé cinq ou six fois par des clients différents.

Les inviteuses cherchent, d'autre part, à se dédommager de leurs frais et à augmenter leurs recettes par une foule de petits moyens : ces malheureuses filles se font offrir des fleurs, pour 1 fr. ou 1 fr. 50; puis, elles revendent le bouquet à la marchande pour moitié prix.

C'est aussi par nécessité de métier qu'elles sont contraintes de « *courir* ». Et, comme elles courent, « *presque toutes les femmes de brasserie sont malades* ». Tel est le jugement trop véridique porté par l'une d'elles sur l'ensemble de la corporation.

De notre côté, nous pourrions dire, sans crainte d'exagération, que *la moitié des cas de syphilis, constatés chez les jeunes gens des Écoles, ont été contractés avec ces femmes de brasserie.*

Il nous serait aisé de multiplier ces renseignements à la fois curieux et navrants. Mais ceux qui précèdent suffisent amplement pour donner à qui l'ignore une idée sur les intéressants industriels qui emploient les inviteuses.

N'est-ce pas là un des modes de l'exploitation de la femme. et d'autant plus dangereux qu'il se présente sous les dehors d'une industrie avouable?

D'ailleurs, ce métier est lucratif. A force de vendre 30, 50 ou 0 centimes des verres d'infusion de queues de cerises et de faire payer à boire à des femmes qui n'ont pas soif, les patrons de ces établissements intéressants arrondissent rapidement leur pécule et ne tardent pas à pouvoir se retirer « des affaires ».

Une chose est plus étonnante encore que l'anomalie psychique de ces gens, c'est l'indifférence au milieu de laquelle ils accomplissent

leur destinée. N'est-il pas étrange que ces faits ne soulèvent aucune protestation et qu'ils passent aux yeux du plus grand nombre comme d'ordre naturel ?

Tout récemment, toutefois, un écrivain de beaucoup d'esprit s'est éloquemment élevé contre un industrie analogue florissant dans certains théâtres.

« Les choses les plus monstrueuses finissent au milieu de l'indifférence générale par sembler naturelles et personne ne s'en émeut.

« Pour prendre un exemple bien frappant, à qui viendrait-il à l'idée aujourd'hui de s'indigner contre les directeurs qui paient 100 fr. par mois des actrices dont les toilettes en coûtent 3,000? Evidemment, à entreprendre cette campagne, on se ferait rire au nez. Et pourtant, n'est-il pas vrai que ces messieurs spéculent sur la mauvaise conduite de leurs pensionnaires ? N'est-il pas vrai qu'ils s'enrichissent à ce commerce ? Mais allez donc leur dire que c'est honteux. Ils ne comprendront même pas. »

En face de pareils faits, cyniquement commis chaque jour, ne peut-on estimer qu'il y a là un *réel* outrage à la civilisation et un défi jeté à la dignité humaine ? Est-ce bien digne du siècle et de la ville où nous vivons ?

Pour nous, nous n'hésitons pas à livrer à l'opinion publique industrie et industriels, exploiteurs et exploitées.

Sans sortir des *attributions médicales*, nous croyons pouvoir réclamer, au nom de l'*hygiène morale* et de l'*hygiène matérielle* la supression des brasserie servies par des femmes. Ce sont des *établissements insalubres au premier chef.*

Les industriels qui les dirigent ne sont point tellement intéressants qu'il faille tenir compte de leurs récriminations. Les femmes qui les desservent feront ce qu'elles voudront, mais rien de pire, assurément. On n'y perdra rien, pas même de bonnes consommations. On ne peut qu'y gagner. *La santé publique surtout s'en trouvera bien.* En effet, la *prostitution clandestine*, qui va sans cesse croissant doit être considérée comme une des sources les plus actives de la propagation et de la persistance de la vérole dans la société moderne.

Récemment, il est vrai, on a dit que la « *transmission de la syphilis n'était un crime ni même un délit !* »

Sans contredit, cela dépend des goûts ; pour notre part, nous connaissons plus d'une personne qui aimerait cent fois mieux qu'on lui prît son porte-monnaie dans sa poche, plutôt qu'on lui vendît, ou même qu'on lui donnât la syphilis.

Note sur le permanganate de potasse, considéré comme antidote du venin des serpents (1)

Par M. DE QUATREFAGES.

L'Académie n'a pas oublié les communications de M. de Lacerda sur le venin des serpents; elle se souvient à coup sûr, que se savant Brésilien annonçait avoir trouvé, dans des injections sous-cutanées d'une solution de permanganate de potasse, un moyen de combattre les suites, presque toujours mortelles, de la morsure des ophidiens si dangereux qui pullulent dans les régions intertropicales. M. de Laceda revient sur ce sujet dans une publication où il fait connaître plusieurs cas de guérison obtenus par ce procédé.

Parmi les exemples cités, il en est quelques-uns de très remarquables, en ce que les injections n'ont été faites que onze et douze heures après la morsure. La tuméfaction extrême des membres, l'anxiété profonde des blessés, des hémorrhagies internes ou externes annonçaient une mort prochaine. Pourtant, à la suite de quelques injections tous ces symptômes ont disparu, et les malades ont été parfaitement rétablis en peu de jours.

Ces faits, recueillis sur divers points du territoire brésilien, accompagnés de détails précis, semblent être hors de doute. Ils confirment les résultats des expériences faites par l'auteur en présence des juges les plus autorisés et avec l'aide d'un de nos compatriotes, élève de Claude Bernard, M. le Dr Courty.

Pour comprendre toute l'importance de la découverte due à M. de Lacerda, il faut se rappeler que, dans ces contrées, il meurt tous les ans des centaines d'individus qui succombent à la suite des morsures de diverses espèces de serpents.

A la Martinique seule, sur une population de 125,000 âmes, la mortalité causée par le Trigonocéphale fer de lance (*Bothrops lanceolatus*) est au moins de *cinquante* individus par an, sans compter ceux qui restent estropiés ou infirmes pour le reste de leur vie (Rufz de Lavizon, *Rapport sur les animaux destructeurs du Fer-de-lance des Antilles* (*Bulletin de la Société d'Acclimatation*, 1858, p. 1). On voit quel service inappréciable l'éminent sous-directeur du laboratoire de Rio-Janeiro, a rendu à nos compatriote d'outre-mer.

Qu'on me permette d'ajouter à ce qui précède une courte réflexion.

Des recherches antérieures de M. de Lacerda il résulte que le venin des serpents doit ses propriétés toxiques, non pas au liquide même sécrété par les glandes, mais à des corpuscules plus ou moins analogues à ceux qu'on découvre journellement dans les virus. Y aurait-il là une indication à suivre? Le permanganate de potasse, si

(1) Communication à l'Académie des sciences.

puissant contre le venin des bothrops, présenterait-il des propriétés analogues si on l'opposait à quelqu'une de ces maladies dont M. Pasteur nous a révélé la cause? Je me borne à poser la question aux hommes qui s'occupent des sujets de cette nature et surtout à celui dont les travaux tiendront une si large place dans l'histoire de la science moderne.

(La méthode dont il est question dans cette Communication sera soumise à l'examen d'une Commission composée de la Section de Médecine. à laquelle s'adjoindront MM. Pasteur, de Quatrefages, Fremy, Bouley.)

La France elle-même profitera de cette belle découverte.

Sans doute, de tous nos serpents, les vipères seules sont venimeuses et leur morsure est bien loin d'être aussi redoutable que celle de leurs congénères intertropicaux. Cependant elles font plus de mal qu'on ne le croit d'ordinaire. A diverses reprises, la question a été portée devant la Société d'Acclimation. En 1859, une Commission fut nommée pour s'en occuper; une enquête fut instituée et donna lieu, en 1863, à un Rapport fort étendu de M. Soubeiran, aujourd'hui professeur à l'école de Pharmacie de Montpellier (*Bulletin de la Société d'Acclimation*, 1863, p. 396). Des documents recueillis pendant ces quatres années il résulte, si quelques-uns de nos départements semblent ne pas nourrir de vipères (Nord, Haute-Saône, etc.), que si d'autres n'en ont qu'un petit nombre (Meuse, Vosges, Bouches-du-Rhône, Oise, Corrèze), il en est aussi où ces reptiles pullulent de manière à constituer un véritable danger pour les habitants de la campagne (Vendée, Loire-Inférieure, Haute-Marne, Lot, Côte-d'Or). Ici, à diverses reprises, les Conseils généraux ont cherché à combattre le mal et ont institué des primes pour la destruction des vipères.

Cette mesure produit d'ordinaire de bons résultats. Dans la Haute-Marne en particulier, en 1856, le chiffre de ces reptiles apportés aux autorités locales s'éleva, à 17,415. En six ans, on a constaté officiellement la destruction de 57,046 serpents venimeux, bien que la prime eût été abaissée de 0,50 cent. à 0,25 cent. et que le zèle des chasseurs eût, par suite, diminué. Ces chiffres donnent une idée du nombre de vipères qui doivent infester ce département.

Malheureusement l'enquête n'a fourni aucun renseignement précis sur le nombre et la nature des accidents causés par la morsure des vipères. Il en résulte seulement que nos grands animaux domestiques se remettent assez rapidement, et sans qu'il soit nécessaire de leur faire subir aucun traitement, mais que les chèvres et les moutons succombent fréquemment, s'ils ne reçoivent pas de secours en temps utile. Il en est souvent de même pour les chiens, surtout quand ils ont été mordus au nez. En outre, même après la guérison, il leur reste presque toujours une faiblesse extrême et des troubles de la

vision et de l'ouïe qui peuvent les rendre impropres à la chasse (Soubeiran).

On sait depuis longtemps que l'homme adulte, mordu par une vipère, peut guérir spontanément. Mais on sait aussi que, dans ce cas, les phénomènes soit locaux, soit généraux, sont plus prononcés et entraînent assez souvent une terminaison fatale. En tout cas, ils sont d'ordinaire assez graves et douloureux. Il est permis d'espérer que le moyen curatif trouvé par M. de Lacerda permettra de les arrêter promptement et à coup sûr. Ce procédé réussit, d'ailleurs, aussi bien sur les animaux que sur l'homme. A ce double titre, j'ai pensé pouvoir être utile à ceux de nos départements qui sont envahis par les vipères, en contribuant à faire connaître en France la belle découverte du savant Brésilien.

En décrivant son procédé, M. de Larcerda insiste sur la nécessité de préparer la solution de permanganate au moment même de s'en servir. Il conseille de préparer d'avance des petits paquets de ce sel de 0gr. 1 et un flacon pouvant contenir 10 gr. d'eau. On 'obtient ainsi, au moment voulu, une solution exactement dosée au centième. L'injection se fait au moyen d'une seringue de Pravaz. On doit placer une ligature au-dessus de la morsure et injecter lentement une demi-seringue dans chaque blessure faite par les dents du reptile; puis on comprime *les tissus* pour faciliter la diffusion du liquide. Si le membre est déjà tuméfié, on doit faire quelques injections vers la limite de l'enflure. Si la rapidité des accidents peut faire penser que le venin a été porté directement dans une veine, on pousse une injection dans une veine superficielle.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er *mars* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé.

Amputation sous-périostée. — *M. Nicaise* répond à l'invitation qu'a adressée M. Desprès à ses collègues, de publier les résultats de leur statistique pour des malades soignés avec les nouvelles méthodes.

Il a fait, l'année dernière six amputations : cinq de cuisse dont une mort et une amputation de jambe.

Les opérés ont été traités par les méthodes nouvelles : pansement de Lister rigoureux, ligatures au catgut et à la soie phéniquée, résection des nerfs comme l'a indiqué M. Verneuil, réunion par première intention, amputation sous-périostée, application d'une gouttière en bois ou en carton pour soutenir les lambeaux.

Dans 3 cas, il y a eu réunion par première intention, sauf au niveau du drain. Dans un cas, il y a eu un peu de suppuration venant du voisinage de l'os, et le malade se levait au vingt-deuxième jour; le cinquième cas d'amputation de cuisse s'est terminé par la mort

due à une phlébite infectieuse dont le point de départ était dans le moignon; le malade est mort au trentième jour sans abcès métastatiques.

M. Nicaise insiste sur l'amputation sous-périostée dont il fait l'historique en citant parmi les auteurs contemporains MM. Trélat, Houzé de l'Aulnoit et Poncet.

Il y a deux procédés, celui de M. Houzé de l'Aulnoit, qui consiste à faire un lambeau périostique, et celui de M. Poncet qui conseille de faire un manchon périostique. M. Nicaise préfère ce dernier procédé et il fait le manchon en relevant le périoste et le détachant sur une étendue de 3 ou 4 centimètres à partir de la base des lambeaux. Il montre les résultats de cette méthode sur les pièces du malade mort au trentième jour. Le manchon périostique recouvre l'extrémité de l'os et à sa face profonde existe une plaque ostéo-calcaire; le canal médullaire est bouché par de l'os nouveau et ces deux productions osseuses sont reliées par une lame de tissu cellulaire assez dense.

M. Trélat tient à préciser les conditions dans lesquelles il a conseillé l'amputation sous-périostée. C'est en 1866, à propos de l'opération de Rizzoli et d'Esmarch, qu'il a conseillé de rabattre sur la surface de section un lambeau périostique; il a ajouté qu'on pourrait faire de même dans les amputations en disséquant un manchon périostique. Depuis, il a toujours essayé de réaliser l'amputation sous-périostique. La pièce de M. Nicaise est très importante pour la démonstration de l'utilité du manchon périostique, car on peut en voir le résultat à un moment opportun, le processus n'étant pas assez ancien pour que ses manifestations soient obscures.

Il a donné ailleurs sa statistique : il n'a perdu qu'un malade opéré en pleine septicémie.

L'accolement parfait des lambeaux est un fait très important.

La réunion profonde a pour base l'amputation sous-périostée; la manchette périostale circulaire est supérieure au lambeau; du reste, les résultats de cette méthode sont variables suivant les conditions au milieu desquelles on opère.

M. Desprès croit que le manchon périostique est illusoire : on n'a que des lambeaux de périoste. Les statistiques des amputations pour tumeurs blanches sont toujours très bonnes; la guérison est presque la règle. Ainsi, sur dix amputations de cuisse dans ces conditions, il n'a eu qu'une mort.

M. Pozzi fait observer que l'occlusion du canal médullaire se fait par la formation de deux couches osseuses : une d'origine médullaire, l'autre d'origine périostique. Il a renoncé à faire la manchette périostique parce qu'il croit que l'os a plus de tendance à suppurer : souvent on ne peut pas scier l'os exactement au niveau du point où le périoste cesse d'être décollé, il reste un point plus ou moins

étendu où l'os est dénudé. Il demande ensuite jusqu'à quel âge on est autorisé à faire ce manchon périostique, car chez les sujets un peu âgés, et quand on se trouve loin du foyer morbide, le périoste est mince, adhérent et facile à se déchirer.

M. Nicaise répond à M. Desprès que la confection de la manchette périostique est chose assez facile ; à M. Pozzi, que le décollement du périoste est peu important, quand on se place dans les conditions de la réunion par première intention, qu'au demeurant le périoste est la membrane la plus apte à recouvrir l'os, c'est la membrane physiologique ; par conséquent, l'âge des sujets importe peu ; il s'abstiendrait peut-être chez les enfants où le processus ostéogénique est tellement actif, que, d'après Ollier, l'os pourrait se renfler en massue.

Il répond encore à M. Desprès que dans les statistiques il ne faut pas se contenter seulement du résultat définitif. Autrefois, on ne visait qu'à sauver la vie des malades ; maintenant on est plus difficile, on cherche à leur donner le moignon le plus apte à supporter l'appareil prothétique ; le meilleur moignon est celui que donne la réunion par première intention.

M. Gillette croit qu'on peut toujours décoller le périoste, mais dans deux cas, malgré la formation d'un manchon périostique, il a eu de la nécrose à l'extrémité de l'os.

Résection du coude. — *M. Pozzi* présente une jeune fille à qui il a pratiqué la résection du coude gauche pour une ankylose rectiligne, suite d'une ostéite juxta-épiphysaire : le coude a quelques mouvements de latéralité, mais les mouvements antéro-postérieurs sont très libres. La malade se sert bien de son bras malgré une atrophie des muscles du bras, poussée à l'extrême au moment de l'opération et qui tend à céder sous l'influence de l'électricité.

Rapport. — *M. Delens* fait un rapport sur un travail de M. Blum : Sur certains faits de pathologie de la main ; il cite trois observations de doigt à ressort accompagnées de considérations anatomiques et expérimentales, et cite un cas de syndactylie simulant une ectrodactylie.

Lectures. — M. Marchand, chirurgien des hôpitaux, lit une note sur un cas d'enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus opéré, guérison.

M. Richelot lit un travail sur la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

M. Bouilly lit une observation relative à un cas d'ankylose fibreuse de la hanche à angle droit, redressée au moyen d'un appareil spécial construit par M. Collin.

M. Terrillon présente cet appareil vraiment très ingénieux dont il s'est servi dans quatre cas avec plein succès. P. Bazy.

NÉCROLOGIE

Pain (Amédée), né le 19 novembre 1828 à Clermont (Oise), ancien interne des hôpitaux de Paris (1852), médaille de bronze de l'Assistance publique (1856), docteur en médecine (5 mars 1857) avec une thèse *Sur le traitement des abcès par congestion*, est mort d'une affection cérébrale le 19 février à Paris, où il résidait depuis qu'il avait quitté la place de médecin ajoint de l'établissement d'aliénés de Clermont (Oise).

Il a publié en 1861 un mémoire ayant pour titre : *De l'hygiène morale de la folie appliquée dans les grands asiles d'aliénés*. C'est une réponse à un mémoire de M. le Dr Lisle ; — En 1866, un travail ayant pour titre : *Des divers modes de l'Assistance publique appliquée aux aliénés* (Annales d'hygiène). Dans ce mémoire, Pain donne la préférence à l'asile fermé et à l'adjonction à cet asile d'une colonie agricole, en rapport avec sa population, et organisé de manière à donner aux aliénés la vie en plein air et le travail volontaire.

Pain a laissé les meilleurs souvenirs à Clermont et la bonne réputation qu'il y a laissée l'avait suivi à Paris, où il exerçait la médecine depuis une dizaine d'années.

Lolliot (Jules), né à Nevers le 29 janvier 1840, ancien interne des hôpitaux (1864), médaille de bronze de l'Assistance publique, membre de la Société anatomique, est mort à Suresne le 12 février.

Il soutint le 31 juillet 1868 une thèse remarquable ayant pour titre : *Etude physiologique de l'arsénie* ; *applications thérapeutiques*. Ce travail est le plus complet que nous possédions ; Lolliot démontre expérimentalement les propriétés de l'arsenic qu'il considère à la fois comme un médicament d'épargne et comme un poison stéatogène. Ce travail de près de 200 pages est suivi d'un index bibliographique complet depuis 1681.

A. C.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 6 au 11 mars 1882.) — *Lundi*, 6. — Doctorat, 3e : MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 4e : MM. Bouchardat, Charcot et Landouzy. — 5e (Charité) : MM. Potain, Trélat et Pinard.

Mardi, 7. — Doctorat, 2e : MM. Sappey, Le Fort et Bouilly. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.)

Mercredi, 8. — Doctorat, 2e (nouveau mode), 2e partie, physiologie : MM. Béclard, Duplay et Remy. — 3e : MM. Regnauld, Gariel et Henninger.

Jeudi, 9. — Doctorat, 2e : MM. Lasègue, Jaccoud et Berger. — 2e : MM. Le Fort, Bouchard et Troisier.

Vendredi, 10. — Doctorat, 4e : MM. Bouchardat, Vulpian et Dieulafoy. — 5e (nouveau mode), 1re partie (Charité) : MM. Depaul, Tillaux et Pozzi.

Samedi, 11. — Doctorat, 2e : MM. Laboulbène, Bouchard et Humbert. — 2e : MM. Jaccoud, Peter et Richelot. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Hardy et Bouilly.

Samedi, 11. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté a procédé hier jeudi à l'élection d'un professeur d'anatomie pathologique. Les candidats étaient MM. Cornil, Grancher, Hayem, Lancereaux. Pour la première place, M. Cornil a obtenu 16 voix. tandis que M. Hayem n'en a eu que 11. La liste présentée par la Faculté porte donc : 1er M. Cornil, 2e M. Lancereaux ; 3e M. Grancher.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr imp. de la Faculté de médecine r. Mr-le-Prince 31

ur le rôle de phosphore dans l'économie et sur l'emploi du phosphate de chaux dans la bronchite chronique, par M. le Dr V. Bidallet.

édication par les substances phosphorées, et le phosphate de chaux en particulier, d'un usage si fréquent que je me fais un devoir de vous signaler un cas de guéri- iment remarquable :

ıût 1879, je fus consulté par un jeune homme de 18 ans atteint d'une bronchite chro- l'examinai avec soin ce malade, j'observai tous les signes du mal pour lequel on ıoigné jusqu'alors.

fflement au moindre pas, quintes de toux répétées dans la journée, mais bien plus u réveil, expectoration abondante, perte de l'appétit, vomissements.

us, ce malade, très faible, d'une maigreur extrême, était atteint de douleurs dans qui, souvent, étaient assez fortes pour lui arracher des cris.

rcussion du thorax ne révélait aucun signe particulier, mais, à l'auscultation, on ıit une respiration rude en avant sous les clavicules et, en arrière, dans les fosses ous-épineuses. La moitié inférieure et postérieure de la poitrine était remplie de ılants, à grosses bulles, qui masquaient le murmure vésiculaire. Le pouls était fréquent, 98 pulsations, la température au-dessous de la moyenne.

mptômes me parurent plus sérieux que ceux que l'on observe en pareil cas ; en un ›ronchite chronique se compliquait d'nn état cachectique très avancé.

faire l'analyse des urines rendues en vingt-quatre heures ; la voici :

11 grammes ; — acide urique, appréciable ; — sucre, traces ; — phosphate de gr. 50.

itement qu'on avait suivi jusque-là était rationnel : vin de quinquina, huile de foie e, goudron, sirops calmants. Je crus ne pouvoir mieux faire ; je continuai le même nt et j'instituai le régime lacté, 2 litres environ par jour. Le lait était pris comme car ce jeune homme mangeait à peine.

vembre, l'état général ne s'étant pas sensiblement amélioré, je fis faire une nou- alyse d'urine qui donna cette fois :

14 grammes ; — acide urique, 45 centigrammes ; — sucre, traces ; — phosphate de ı gr. 40.

lade se déphosphatisait.

ultat obtenu était insignifiant, la proportion de l'urée avait augmenté, mais le ›erdait toujours son phosphate de chaux ; les douleurs de la tête étaient plus in-

ne malade passa un fort mauvais hiver dans une ville du Midi, et en mai de uivante je le revis complètement découragé. Je fis alors continuer le lait et l'huile e morue, mais à la dose d'une seule cuillérée par jour, et j'instituai le traite- ›sphoré avec le *sirop Rinvillier*, au phosphate de chaux gélatineux, à la dose de erées par jour, ce qui équivaut à 9 grammes de phosphate de chaux assimilable une avant chaque repas et des frictions, chaque matin, sur la poitrine et dans ec l'huile phosphorée titrée. Je conseillai la campagne.

ı du mois d'août de la même année, après trois mois de campagne, de lait, de ıvillier et de frictions d'huile phosphorée, je revis le malade ; la toux avait consi- ent diminué ; les douleurs de tête étaient devenues plus rares, et le jeune homme ıire à pied de longues promenades. Je fis continuer le même traitement, et, au ınvier 1881, la toux et les douleurs avaient disparu ; l'auscultation me fit constater de la respiration rude, la disparition des râles auxquels avait succédé une respi- t à fait normale ; l'expectoration était devenue insignifiante, l'appétit était nor- norme déperdition de phosphate de chaux avait cessé.

›andonner le lait, l'huile de foie de morue et les frictions phosphorées, et, pour guérison, je fis continuer le sirop Reinvillier à la dose de deux cuillerées par jour ·ois mois.

'occasion de revoir ce jeune homme depuis lors ; aucun nouvel accident ne s'est a santé ne laisse rien à désirer.

›servation, dont j'ai éliminé les détails afin de la résumer, ne vient-elle pas à l'opinion générale sur le rôle du phosphate de chaux comme reconstituant et rtance de la déphosphatisation dans la plupart des maladies chroniques?

(*Gazette des hôpitaux*

IGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 28 MARDI 7 MARS 1882

LA

RANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

UREAUX
s'abonne chez
LAYE et E. LECROSNIER
Place
cole-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

ser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
ivrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
bonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste ; l'abonnement se con-
nî avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

l° Année. — Tome I. — N° 28 Mardi 7 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

La protestation des agrégés de la Faculté de Lyon.

Nous avons publié, il y a quelques jours, la protestation des agrégés la faculté de médecine de Lyon provoquée par un des derniers tes de M. Paul Bert. On sait qu'il s'agissait de la nomination d'un ofesseur de la faculté de Lille, M. Morat, comme délégué dans les êmes fonctions à la faculté de Lyon pour remplacer, pendant l'anné-olaire 1882, M. le professeur Picard dans la chaire de physiologie. : même arrêté ministériel déléguait à la faculté de Lille, pour rem-acer M. Morat, M. Laffont, préparateur de physiologie à la faculté :s sciences de Paris.

Les droits des agrégés des facultés de médecine de Lyon et de ille étaient méconnus par cet arrêté qui a soulevé parmi les agré-:s une émotion légitime. Nous rappellerons ici les termes mêmes ı la protestation des agrégés de Lyon, car elle démontre à la fois s inconvénients et la gravité d'une pareille mesure.

« C'est un devoir pour les agrégés des facultés de suppléer dans leur enseignement les professeurs absents ou empêchés; mais c'est aussi une de leurs plus précieuses prérogatives, et, pour ainsi dire, leur véritable raison d'être. Leur droit, toujours respecté, se trouve donc méconnu dans cette circonstance, et *l'avenir même de l'agrégation serait inévitablement compromis* si le rôle de ses membres devait ou pouvait être ainsi amoindri. »

M. Laborde publie, dans la *Tribune médicale*, un article à ce su-. Il nous donne les motifs qui ont déterminé M. Paul Bert à pren-: cette décision.

‹ En principe, dit-il, la décision de l'ex-ministre n'a été que la 'éalisation d'un système de roulement du personnel enseignant qui, dans sa pensée et sa conviction, doit entrer comme améliora-ion réelle et nécessaire dans l'organisation professionnelle de 'enseignement supérieur; ce système consiste à faire passer suc-essivement, au fur et à mesure des vacances qui se produisent, es professeurs des facultés d'un ordre inférieur (ordre s'entend ci de l'importance relative) aux facultés d'un ordre supérieur, les facultés de Paris représentant naturellement ce dernier et supé-.eur degré. Voilà pourquoi, en principe, le professeur de la faculté e Lille passait à la Faculté de Lyon.

Mais, dans l'espèce, il y avait un autre motif: pour un civet, il ıut un lièvre, et pour une chaire de physiologie un physiologiste; r, il paraît que le seul agrégé de la faculté lyonnaise qui présen-

« tât cette garantie dans toute sa plénitude et dont le nom est dans « toutes les bouches, c'est pourquoi nous ne le nommerons pas, n'était « pas, en ce moment, disponible; car on venait de créer, au même mi- « nistère, expressément pour lui, une chaire de physiologie à la faculté « des sciences de Lyon. Cette création est-elle ou sera-t-elle main- « tenue par le ministère actuel? nous avons à ce sujet, plus que des « soupçons de crainte. C'est d'ailleurs affaire de budget qui revien- « dra très probablement tôt ou tard sur le tapis des réalités; car « l'annexion d'une chaire de physiologie aux facultés des sciences « en général fait aussi partie du système d'organisation de M. Paul « Bert.

« Toujours est-il que, en présence de ces motifs d'ordre incontesta- « blement supérieur, si toutes les convictions ne s'inclinent pas — et « peut-être sera-ce le cas de celles de MM. les agrégés lyonnais et lil- « lois, — force est de reconnaître que la décision ministérielle avait « sa raison d'être. »

L'idée d'assimiler les professeurs et agrégés des facultés de médecine à ceux des facultés des sciences et des lettres n'est pas facilement réalisable. Les professeurs ou les agrégés des facultés de médecine sont dans des situations tout à fait différentes des autres professeurs de l'Université, et le roulement ne peut leur être appliqué sans compromettre leur situation particulière. Et il serait même contraire aux intérêts de l'enseignement de méconnaître les intérêts particuliers des professeurs et agrégés.

La question de la centralisation des concours d'agrégation à Paris, qui passionne en ce moment nos facultés de province, met en jeu leur existence même. Si l'on veut maintenir ces facultés, il faut leur accorder les mêmes prérogatives que celles que possédaient nos anciennes facultés. C'est à cette condition seulement qu'elles pourront acquérir une existence propre, qu'elles pourront avoir des élèves, justifier leur existence. Mais que seront leurs agrégés s'ils ne doivent pas concourir à l'enseignement et se borner seulement à faire passer des examens? Le recrutement de l'agrégation de province deviendrait dérisoire, et l'on rechercherait avec raison les fonctions de préparateur d'un laboratoire parisien, puisque cela vous désignerait pour la suppléance des professeurs provinciaux.

Il faut que les facultés se recrutent par elles-mêmes, et il ne faut pas abandonner au pouvoir exécutif le choix du professeur et de leur suppléant.

D'après l'article de M. Laborde, c'était la création d'une chaire de physiologie à la faculté des sciences de Lyon qui empêchait M. Arloing, agrégé de Lyon, d'accepter la suppléance du professeur empêché. Dans la *Gazette hebdomadaire*, M. Lereboullet « n'hésite pas à affirmer que M. Arloing était parfaitement *disponible, qu'il l'est en-*

core, et que si dès maintenant on le désignait pour suppléer M. Picard, *il pourrait et devrait* accepter cette suppléance. »

Car la chaire de physiologie de la faculté des sciences de Lyon, destinée, paraît-il, à M. Arloing, n'existe qu'à l'état de projet et ne figurerait plus au projet du budget de l'instruction publique. Sa création sera proposée de nouveau par M. P. Bert, à titre d'amendement, mais sera-t-elle votée ?

« Mais, ajoute M. Lereboullet, quoi qu'il arrive, cette chaire ne « pourrait être créée que dans un avenir plus ou moins éloigné et, « jusque-là, M. Arloing reste agrégé à la faculté de Lyon et, par « conséquent, disponible.

« La mesure prise par M. P. Bert était-elle urgente ? Fallait-il, « pour suppléer un professeur en congé d'un an, déplacer à la hâte le « titulaire d'une autre faculté et désorganiser tout un service dans « une ville où une école rivale peut seule profiter de cette mesure ? « Il n'en est rien. Le cours de physiologie n'a lieu que pendant le « semestre d'été. Mais s'il n'avait signé, au moment de quitter le « ministère, cet arrêté contre lequel nous protestons aujourd'hui, « M. P. Bert n'aurait pu déléguer à la faculté de Lille un de ses pré- « parateurs ; il n'aurait pu imposer à la faculté de Lyon un sup- « pléant qu'il espérait y installer définitivement. Sans doute, la « chaire devenue vacante, il eût été nécessaire de consulter la fa- « culté ; mais, dès l'instant que l'on procède par voie de nomination « directe pour les suppléances, ne paraît-il pas très naturel de pro- « céder par voie de mutation entre les titulaires des diverses facultés ? « Le jour où un ministre croit pouvoir substituer sa volonté person- « nelle aux règlements, aux traditions, aux convenances universi- « taires, on est en droit d'exprimer le regret qu'on en éprouve. »

Tous ceux qui s'intéressent aux intérêts de l'enseignement, à la dignité du corps enseignant, regretteront de voir porter atteinte aux prérogatives de nos facultés. Il ne faut pas se préoccuper des questions de personnes, mais des principes. Il ne faut pas que nos facultés abdiquent, sans protester, et qu'elles abandonnent des prérogatives qui leur permettent d'échapper aux caprices de la politique et qui sont la sauvegarde de leur indépendance.

E. Bottentuit.

Action résolutive de l'alçool employé comme topique dans les inflammations.

Par M. G. Ollive.

Interne des hôpitaux.

Pendant notre internat chez le Dr Th. Anger, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir notre excellent maître employer l'alcool

comme topique, soit dans les inflammations aiguës du tissu cellulaire, soit dans celle des diverses séreuses, et en particulier de la séreuse péritonéale.

Nous avons été frappé de l'excellence de la méthode, et des bons résultats que nous obtenions dans la plupart des cas.

L'année dernière je devenais interne dans un service de médecine et j'eus plusieurs fois l'occasion d'appliquer un traitement que m'avait enseigné M. le Dr Th. Anger. Je dois dire que mon maître, M. Sevestre, a bien voulu favoriser nos observations, et lui-même a plusieurs fois pu constater les heureux effets de l'alcool employé comme topique. Ce seront même les observations recueillies dans son service que je vous rapporterai, comme étant plus près de nous.

Mais avant de vous les faire connaître, permettez-moi de vous dire comment on fait usage de l'alcool comme topique.

Il faut tout d'abord se servir d'alcool pur, autant que possible d'alcool à 80 ou 90°, nous croyons en effet que les alcools impurs ou d'une concentration insuffisante ne peuvent déterminer les mêmes résultats.

Il faut alors imbiber un tissu que l'on plonge entièrement dans l'alcool, pour en exprimer ensuite le trop plein qui souillerait le lit ou les vêtements du malade.

Quel tissu faut-il employer ? L'amadou serait excellent pour une petite surface, d'autant plus qu'il absorbe une grande quantité de liquide, que l'on peut évaluer à quinze ou seize fois son poids ; mais pour une grande surface nous préférons le vieux linge, l'ouate, ou mieux encore la tarlatane. Celle-ci, pliée en sept ou huit doubles, doit être primitivement dégommée dans l'eau chaude, puis alors imbibée d'alcool. Il est bien entendu que le tissu est taillé d'après la région sur laquelle il doit être appliqué. On recouvre alors ce pansement soit de toile cirée, soit, ce qui est préférable, de baudruche Hamilton.

Il doit être renouvelé toutes les trois ou quatre heures. Il suffit alors d'imbiber de nouveau le linge ou la tarlatane employée. Au bout de quelques jours le même tissu ne peut plus être utilisé ; car, raccourci par l'alcool, il absorbe moins bien le liquide, et partant l'efficacité du pansement se trouve diminuée.

Je vais maintenant vous résumer deux observations, qui m'ont paru assez convaincants. Dans la première il s'agit d'une pelvi-péritonite ; dans la seconde nous avions affaire à un phlegmon du cou.

Le 29 novembre entrait à l'hôpital Tenon, dans le service du Dr Sevestre, une jeune couturière qui se plaignait de vives douleurs abdominales, dont le début remontait à un mois, date à laquelle la malade avait fait une fausse couche. Elle avait subitement été prise de métrorrhagie abondante ; transportée à l'hôpital Saint-Louis, elle

y avait été tamponnée, et lorsque quatre jours après on enlevait les tampons, elle expulsait un fœtus de 2 mois 1/2.

Douze jours après elle sortait de l'hôpital sans avoir eu d'accidents notables. De retour chez elle, et sous l'influence de fatigues, elle est reprise de douleurs dans le ventre ces douleurs augmentent chaque jour, et c'est lorsqu'elles ont atteint leur maximum que la malade se décide à se faire conduire à l'hôpital.

Le facies est grippé et amaigri, la peau chaude et sèche. Par la palpation on constate dans l'hypochondre droit une tumeur dure et rénitente, très douloureuse, ayant le volume d'une tête de fœtus. Dix sangsues appliquées sur la tumeur, et dont on arrête promptement le sang en raison de l'état de faiblesse de la malade, n'amènent aucun soulagement. Aussi le lendemain on lui fait appliquer sur l'abdomen des compresses imbibées d'alcool pur. Dès le soir la malade avait le bénéfice de cette médication, elle se trouvait très notablement soulagée, et à partir de ce moment, les douleurs spontanées sont calmées.

Peu à peu la tumeur diminue de volume, et douze jours après l'entrée de la malade à l'hôpital elle n'avait plus que le volume d'une orange.

Le 10 décembre l'état général et l'état local s'étaient tellement modifiés que nous crûmes pouvoir suspendre l'application des compresses d'alcool, mais le lendemain la malade se plaint d'avoir souffert toute la nuit, et elle demande qu'on lui applique de nouveau les compresses d'alcool. C'est ce qui fut fait, et dès le soir la malade accusait le soulagement sur lequel nous comptions.

Le 18 décembre on put cesser ces applications, et si la malade conservait encore le noyau d'induration de la pelvi-péritonite, on pouvait cependant la considérer comme guérie.

La seconde observation est tout aussi intéressante.

La nommée A. J..., âgée de 40 ans, entrait le 6 décembre 1881 à la salle Magendie pour un phlegmon du cou, occupant toute la région comprise entre le bord postérieur du sterno-mastoïdien droit, et la ligne cervicale postérieur.

Il y avait peu de symptômes généraux, un peu d'inappétence, de la difficulté dans la déglutition. Impossibilité de tourner la tête. Empâtement considérable de toute la région, douleur vive à la pression, rougeur de la peau ; pas de fluctuation superficielle ni profonde.

Le 7. Application de tarlatane imbibée d'alcool pur. Dès le soir le soulagement est assez notable pour que la malade puisse tourner le cou sans douleur. En même temps l'état local va peu à peu se modifiant, la tension est moins grande, l'empâtement moins considérable, le gonflement diminue.

Le 11, pour aider à la résolution on fait faire des frictions d'onguent mercuriel, tout en continuant les applications d'alcool.

Le 14, on considère la malade comme guérie. Il ne reste plus qu'une légère induration, toute menace de suppuration a disparu.

Vous voyez, Messieurs, que le résultat est favorable dans ces deux cas, et que les malades ont elles-mêmes accusé dès le début un notable soulagement.

Nous pourrions citer d'autres observations se rapportant soit à des cas semblables à ceux que nous venons de rapporter, soit à des phlébites, des lymphangites, soit à des hygromas aigus ou à des ténosites. Nous nous réservons de le faire plus tard. Aujourd'hui je n'ai voulu vous faire connaître que le fait clinique, sans rechercher quel peut être le mode d'action de l'alcool en pareil cas.

Sur le caractère physiologique de la contraction tendineuse (1).

Par M. J. Guérin.

Bon nombre d'anatomistes et de physiologistes, admettant le fait de la contraction tendineuse, tel que je l'ai établi dans un mémoire lu devant l'Académie le 3 mars 1856, ont conclu, sans preuves nouvelles, que cette contraction est un phénomène de l'ordre *réflexe*. On écrit partout aujourd'hui : le *réflexe tendineux*, les *réflexes tendineux*, c'est-à-dire une action en retour de la moelle épinière, provoquée par l'excitation directe du tendon, c'est-à-dire des nerfs qui s'y distribuent. Lors de mon premier mémoire, j'avais explicitement réservé cette question. Je viens aujourd'hui soumettre à l'Académie la solution qu'elle me paraît comporter, et, pour qu'elle en apprécie immediatement la différence avec celle qui a été proposée ailleurs, je dirai que la contractilité tendineuse est une propriété absolument du même ordre que la contractilité musculaire de la vie de relation, c'est-à-dire que, de même que les muscles de cet ordre se contractent tout à la fois sous l'empire de la volonté et en vertu d'une influence d'une autre origine, encore indéterminée, les tendons possèdent cette double propriété, et ils la possèdent d'une manière indivise avec les muscles proprement dits.

Voici mes preuves :

I. J'ai dès longtemps été conduit à reconnaître que la constitution anatomique du tendon est le résultat nécessaire du tassement des fibres musculaires réunies dans un trajet libre, mais circonscrit, et des tractions incessantes qu'elles y subissaient. Ces deux conditions règlent invariablement l'existence ou l'absence, ainsi que les rapports de forme et de dimension du tendon avec la portion charnue du

(1) Communication à l'Académie des sciences.

muscle. Ce fait est une des applications de la loi physiologique : *La fonction fait l'organe*. On a la certitude du bien-fondé et de la signification de ce rapport, par certaines transformations accidentelles des muscles en tendons, et, réciproquement, par le retour de ces tendons passagers à la constitution musculaire. Ainsi, dans les difformités anciennes, produites par la rétraction musculaire, où des muscles et tendons raccourcis sont soumis à des tractions incessantes et exagérées, il est de règle que la portion charnue perd graduellement de sa consistance jusqu'à disparaître parfois tout à fait au profit de la portion tendineuse, laquelle gagne en longueur ce que le muscle a perdu en largeur. Deux exemples de cette métamorphose sont représentés dans deux planches jointes à ce mémoire : l'une par le muscle sterno-mastoïdien d'un torticolis ancien, l'autre par ses grand et petit palmaires, d'un sujet atteint d'une rétraction extrême de ces muscles. Dans les deux cas, les muscles, dépouillés de toute fibre musculaire, n'offrent plus que la forme et la consistance de tendons, sur lesquels il est presque impossible de reconnaître le point de départ de cette transformation. La contre-partie de ces deux faits se présente lorsque la ténotomie a restitué au muscle rétracté sa longueur et sa tension normales; après quelques années, si ce n'est après quelques mois, la constitution anatomique de ces muscles est rétablie. Ces faits ont été vérifiés par la commission du grand prix de chirurgie de l'Académie des sciences en 1835.

Par simple induction, l'on pourrait déjà admettre, à la lumière des transformations pathologiques que nous venons de rappeler, que la partie jouit des propriétés du tout, et qu'une simple modification de texture, dont il est presque impossible de distinguer le point de départ et d'arrivée, ne saurait être une condition d'arrêt brusque de la propriété reconnue à la portion qui la précède ou lui fait suite. Mais ce que l'induction suggère, l'analyse anatomique, l'observation et l'expérimentation le démontrent.

L'année même où j'avais établi devant l'Academie le fait de la contractilité tendineuse, M. Flourens lui faisait connaître l'existence de la sensibilité des tendons. Quelques mois plus tard, deux anatomistes experts, M. Papenheim en 1861, et M. Sappey en 1866, signalaient dans les cordes tendineuses des nerfs qui ne pouvaient être que des prolongements des nerfs musculaires. Ces observations nouvelles, implicitement contenues dans le fait de la contractilité des tendons, avaient néanmoins le mérite de compléter la démonstration de cette propriété. Cependant elles n'éclairaient en rien ni le caractère physiologique de la sensibilité tendineuse ni les propriétés spéciales des nerfs suivis dans les tendons.

II. L'homme possède un muscle, le droit antérieur, agent de l'extension de la jambe sur la cuisse. La partie tendineuse de ce

muscle, avant son insertion au tibia, est interrompue par un os sésamoïde considérable : la rotule. Or, lorsqu'on exécute volontairement, je dis volontairement, l'extension de la jambe sur la cuisse, la portion tendineuse du muscle, placée entre la rotule et le tibia, participe à la contraction musculaire provoquée par la volonté. Pourrait-on considérer la contraction simultanée de ces deux parties comme d'un ordre différent : l'une comme contraction volontaire, l'autre comme contraction réflexe? Ce qui avait pu être contesté à l'origine, c'était l'existence propre et réelle de la contraction tendineuse que l'on avait longtemps prise pour un effet de la traction exercée par le muscle. Mais les expériences rapportées dans mon premier Mémoire ont mis fin à cette méprise. Des aiguilles implantées dans la portion tibiale du tendon rotulien ont fait voir que le raccourcissement provoqué par la contraction volontaire simultanément dans le tendon et dans le corps charnu du muscle a lieu dans les deux sens : de bas en haut, aussi bien que de haut en bas. Et s'il pouvait rester encore quelque doute à cet égard, je rappellerais cet autre fait, déjà signalé par moi, à savoir : la contraction de la portion tibiale du tendon rotulien pendant les efforts de redressement volontaire de la jambe sur la cuisse, chez certains sujets atteints de soudure partielle de la rotule au fémur, avec possibilité d'un faible mouvement de flexion de la jambe.

Les considérations et les expériences qui précèdent, la sensibilité tendineuse de M. Flourens et les nerfs tendineux de MM. Papenhein et Sappey s'accordent donc pour établir que la contractilité tendineuse est susceptible, comme la contraction musculaire, d'obéir à l'impulsion de la volonté.

III. Mais cette faculté de contraction *volontaire* des tendons n'est pas la seule dont les tendons soient en possession. Déjà, dans mon précédent mémoire, j'avais signalé, et même mis spécialement en relief, un second mode de contraction, contraction involontaire, sous la dénomination de *contraction de résistance*, en opposition avec la contraction dite *réflexe*. Cette contractilité tendineuse de *résistance fonctionnelle*, *involontaire*, diffère de la contraction volontaire et complète les attributs de sa contractilité tendineuse. Pour mettre son existence spéciale hors de doute, il me suffira de rappeler une expérience devenue vulgaire.

Lorsqu'on est assis, la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, le pied ne touchant pas le sol, il suffit de frapper avec le bord radial de la main la portion tibiale du tendon rotulien. Ce choc provoque instantanément la contraction involontaire de cette partie du tendon, et produit un certain degré d'extension brusque de la jambe sur la cuisse.

Il me resterait à spécifier le véritable caractère et la véritable origine

de la contractilité tendineuse involontaire. Je me borne à déclarer aujourd'hui que, d'après des observations répétées depuis plus de trente ans, je considère les faits de cet ordre comme émanant d'une source et servant à des usages autres que ceux que la science admet et enseigne.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 12 *janvier* 1882. — *Présidence de* M. le professeur BALL.

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le président propose de fixer à la prochaine séance les élections pour huit places de membres titulaires de la Société. Les demandes et les titres des candidats sont renvoyés à une commission composée de MM. Rendu, Chauffard et Chantemesse, rapporteur.

M. Chantemesse fait une communication sur un cas de syphilis cérébrale. (*Sera publié.*)

M. Ball, à propos des considérations exposées par M. Chantemesse, fait remarquer que l'existence de perte de la sensibilité, en l'absence de troubles du mouvement, n'est pas un fait absolument rare en pathologie. Peut-être y a-t-il là, en dehors d'une question de localisation de lésion ou de trouble fonctionnel, une question de nature? La syphilis paraît être à cet égard une cause prédisposante.

M. de *Gastel* lit une observation d'ulcération de l'artère fémorale dans un foyer purulent. (V. *France méd.* nº 13, p. 146.)

M. Rendu signale un fait analogue observé chez un jeune homme atteint d'abcès par congestion de la cuisse consécutif à une carie vertébrale. L'ulcération de la fémorale et l'hémorrhagie mortelle qui en fut le résultat se produisirent quinze jours après l'ouverture de l'abcès, alors que le malade, porteur de deux fistules établies à la suite des incisions, se levait et marchait. Dans ce cas les tubes à drainage ne peuvent être incriminés, car à aucun moment on n'y eut recours.

M. Reynier a présenté à la Société anatomique, il y a quatre ans un cas de mort par hémorrhagie due à l'ouverture de l'artère vertébrale dans un abcès par congestion. Il est à remarquer que cet accident est propre aux abcès de formation lente et ne s'observe pas en général dans les abcès aigus.

M. Binet communique à la Société, en son nom et au nom de M. Huchard une observation d'hyperostose symétrique des membres d'origine probablement rhumatismale. (V. *France méd.* nº 19, p. 217, nº 20, p. 230 et nº 21, p. 241.)

M. Reynier a vu à l'Hôtel-Dieu il y a deux ans, une malade atteinte d'une hypertrophie énorme du fémur survenue à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu.

M. Rendu a vu la malade dont l'observation a été rapportée par M. Binet. Il n'admet qu'avec réserve l'hypothèse d'une affection rhumatismale, en l'absence des déformations habituelles du rhumatisme chronique et des stalactites osseuses qui caractérisent l'hyperostose rhumatismale, d'après l'observation de M. Féréol. Ne s'agirait-il pas, dans le cas actuel, d'une ostéomalacie lente, ayant déterminé une incurvation du membre et arrêtée en ce moment dans son évolution? Cette question peut être posée mais non résolue.

M. Dieterlin demande si la mensuration du bassin a été faite. Cette question a son importance au point de vue du diagnostic de l'ostémalacie et du rachitisme.

M. Binet. La pelvimétrie n'a donné aucun résultat.

M. Ball fait remarquer qu'un diagnostic de ce genre ne peut être posé d'une maniére positive, en l'absence d'examen anatomo-patholohique, vu la rareté de l'affection. Il propose d'insérer dans les Bulletins la photographie jointe à l'observation.

Cette proposition est adoptée.

M. Delarabrie fait une communication sur un cas de pustule maligne traitée par les injections iodées. (*Sera publié.*)

M. Valude lit une observation d'érysipèle phlegmoneux survenu dans le cours d'une néphrite interstitielle. (V. *France méd.*, n° 15, p. 173.)

M. Diéterlin fait une communication sur un cas de grossesse chez une femme atteinte de corps fibreux. (V. *France méd.*, n° 10, p. 112.)

M. Polaillon, à propos de cette intéressante observation, passe en revue les différents cas qui peuvent se présenter quand il y a coïncidence de grossesse et de corps fibreux. Si celui-ci est interstitiel, le fœtus glisse facilement sur lui, le fibrome passe au-dessus et l'accouchement se fait normalement; si le fibrome est pédiculé, il peut se placer au devant de l'enfant; la femme accouche de son polype ou bien le médecin est obligé de l'extraire pour terminer l'accouchement. Le fibrome peut se ramollir et dans ce cas l'on doit craindre des accidents graves, phlébite utérine, fièvre puerpérale, etc. Le cas de M. Diéterlin est une exception heureuse à cette règle. Enfin l'on peut redouter, en dehors de la dystocie résultant de la présence du corps fibreux et des accidents puerpéraux dus à son ramollissement, la rupture de l'utérus qui serait la conséquence de la friabilité du tissu utérin autour du fibrome. Quant aux adhérences du placenta, elles sont exceptionnelles en pareille circonstance.

M. Diéterlin fait remarquer que, dans le cas qu'il a observé, les fibromes étaient sous-péritonéaux, que le tissu de l'utérus était d'une friabilité extrême et il attribue aux précautions antiseptiques l'absence d'accidents puerpéraux.

*M. Caraf*ﬁ fait une communication intitulée : Elongation du nerf

sciatique dans un cas de tremblement hystérique du membre inférieur d'origine traumatique. (V. *France méd.*, n° 11, p. 121.)

La séance est levée à 10 heures.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 25 février au 4 mars 1881.

GALLIARD. De la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac. — BURSAUX. De la résection du nerf sous-orbitaire dans la névralgie faciale rebelle. — FÉVRIER. Etude sur la pathogénie des arthropathies. — BOLLIET. De la greffe cutanée et de ses applications principalement à la chirurgie oculaire. — POMPONNE. Considérations sur l'hygiène des aliénés. — FAISANS. Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique. — DE POUL. Rechèrches sur le traitement de l'hépatite circonscrite suppurée. — FAYARD. Du mal perforant dans l'ataxie locomotrice progressive. — MOINEAU. De la marche des plaies chez les scrofuleux. — MONNOT. Contribution à l'étude du syphilome ano-rectal. — COULOM. Traitement de la pustule maligne par les injections iodées. — COULON. Des névralgies considérées principalement au point de vue de leur traitement. — LARTIGUE. Contribution à l'étude de quelques formes éruptives du rhumatisme aigu.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les récompenses suivantes aux docteurs en médecine qui ont subi leur thèse pendant l'année scolaire 1880-1881.

Médailles d'argent. — MM. 1. Ballet (Gilbert). — 2. Bar (Paul-Jean). — 3. Chambard (Ernest). — 4. Crouzat (Eugène). — 5. Dubard (Louis). — 6. Marchand (Gérard). — 7. Merklen (Pierre). — 8. Roussel (Antoine). — 9. Rousseau (Alfred).

Médailles de bronze. — MM. 1. André (Gustave). — 2. Baratoux (Jean). — 3. Boulay (Elie). — 4. Bruchet (Charles). — 5. Brun (André). — 6. Chamil-Ibrahim. — 7. Chenantais (Jules). — 8. Doassans (Jacques). — 9. Fauchet (Henri). — 10. Ficatier (Jacques). — 11. Galissard de Marignac (Ernest), — 12. Jagot (Léon). — 13. Josias (Albert). — 14. Leroux (Henri). — 15. Poulin (André). — 16. Quenu (Edouard). — 17. Sabourin (Charles). — 18. Schwartzeff (Nadine). — 19. Talamon (Charles). — 20. Vialanes (Henri).

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Avis aux internes des hôpitaux de Paris.* — *Prix Civiale.* — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le Dr Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'administration avant le 15 août 1882, au plus tard.

INHUMATIONS PRÉCIPITÉES. — On parle souvent des dangers des inhumations précipitées. A Bruxelles, un enfant a failli être victime d'une de ces épouvantables erreurs.

Une femme habitant la rue Blacs était allée déclarer à l'état civil le décès de son enfant ; un médecin délégué par le Bureau d'hygiène se présente pour constater la mort : la teinte de la face est cadavérique; le corps est glacé ; le cœur a cessé de battre et il est impossible de douter du décès. Le praticien, pour faciliter ses constatations, lève un des bras du cadavre ; ce bras conserve la position qui lui a été donnée.

On était en présence d'un cas de catalepsie.

Immédiatement, le docteur donne ses soins au pauvre petit être, et il a le bonheur, au bout de quelques heures, de le ramener à la vie.

Cette résurrection a produit une grande sensation dans la rue Blacs; peu s'en est fallu que le médecin du Bureau d'hygiène ne fût considéré comme un sorcier.

Nous n'ajouterons qu'un seul mot. La question des inhumations précipitées, aux termes des nombreuses informations prises sur chacun des cas publiés sous la rubrique *Faits divers*, semble généralement se réduire à des propos en l'air. Il n'est pas d'année où les journaux médicaux n'aient à enregistrer l'inanité des rumeurs publiques sur ce point. Sans vouloir nous étendre sur les signes de la mort, nous ne pouvons nous empêcher de rappeler que l'examen opthalmoscopique fournit un excellent moyen de diagnostic. Pendant l'agonie, il est facile de saisir les différenciations qui se produisent dans les vaisseaux de la pupille, notamment l'anémie graduelle des artères, la pâleur croissante du disque neuropapillaire. Dès que la vie a cessé, les veines se scindent comme si de distance en distance on les frappait au couteau. C'est là ce qu'on a appelé la *pneumatose des veines* (libération des gaz du sang).

NOUVEAU JOURNAL D'OPHTHALMOLOGIE. — Nous annonçons avec plaisir la publication d'un nouveau journal, *La Revue générale d'ophthalmologie*, recueil mensuel dirigé par MM. Dor (de Lyon) et E. Meyer (de Paris); secrétaire de la rédaction, M. V. Caudron.

Le premier numéro contient un travail original du professeur Gayet (de Lyon), intitulé : Quelques conseils raisonnés à propos des traumatismes oculaires et des premiers soins à leur donner. Suivent un grand nombre d'analyses bibliographiques faites avec beaucoup d'impartialité. Nous souhaitons cordialement la bienvenue à notre nouveau confrère.

Cela porte à cinq le nombre des journaux spéciaux d'ophthalmologie publiés à Paris. Les quatre autres sont : les *Archives d'ophthalmologie*, de MM. Panas, Landolt et Poncet; secrétaires de la rédaction, MM. Thomas et Chevallereau ; le *Recueil d'ophthalmologie*, de MM. Galezowski et Cuignet ; secrétaire de la rédaction, M. Parent ; le *Journal d'oculistique et de chirurgie*, de M. Fano, et la *Gazette d'ophthalmologie*, de M. Carré.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine r. Mr-le-Prince 31


VÉRITABLE
EXTRAIT DE VIAND...
LIEBIG

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 29 JEUDI 9 MARS 1882

LA
FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique. 6, rue Gît-le-Cœur.

SOMMAIRE

29' Année. — Tome I. — N° 29. Jeudi 9 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 8 *mars* 1882.

Il y a onze ans, au mois de novembre 1871, notre excellent maître le professeur Panas communiquait à l'Académie de médecine un travail dans lequel il démontrait que la paralysie réputée rhumatismale du nerf radial n'était en réalité qu'une paralysie par compression. Il donnait pour cela d'excellentes raisons : d'abord, dix-sept observations très précises, puis la délimitation très exacte de cette paralysie causée par la compression du nerf au moment où celui-ci devient superficiel et repose sur le plan résistant de l'humérus, la physiologie pathologique, l'étiologie et les symptômes de cette paralysie comparée aux paralysies de causes mécaniques.

Cette opinion ne fut pas, dès le début, acceptée par tout le monde, et M. Vulpian ne fut pas le dernier à lui apporter des objections. Aujourd'hui M. Vulpian lui-même est complètement converti ; l'observation d'un cas de paralysie, due très évidemment à la compression par des béquilles des nerfs de l'avant-bras, lui prouve que les symptômes observés dans les paralysies dites rhumatismales peuvent se rencontrer dans les paralysies traumatiques et que, par exemple, dans la paralysie radiale par compression, l'excitabilité musculaire électro-faradique peut être parfaitement conservée. M. Vulpian accepte donc complètement aujourd'hui les idées formulées sur ce point par M. Panas il y a onze ans.

L'Académie discute actuellement un des sujets qui préoccupent le plus justement les chirurgiens. M. Regnault a fait il y a quinze jours une communication sur les impuretés du chloroforme et sur la valeur d'un réactif, le permanganate de potasse, qui a la prétention de les déceler. Les chirurgiens vont tous passer successivement par la porte ainsi entr'ouverte pour venir donner leur opinion sur le meilleur mode de pratiquer l'anesthésie.

M. Gosselin avait formulé dans l'avant-dernière séance une opinion qui a soulevé de nombreuses contradictions. L'éminent chirurgien était venu déclarer qu'en pratiquant bien l'anesthésie on ne devait jamais avoir d'accident avec le chloroforme même impur, et que par suite la mort des malades ne pouvait être imputée qu'au chirurgien. Si l'opinion de M. Gosselin pouvait être un seul instant admise, on voit quelles récriminations s'élèveraient immédiatement contre les opérateurs qui ont eu le malheur de perdre ainsi des malades, et l'on sait que ce terrible accident peut arriver aux chirurgiens qui ont le plus souci de la santé et de la vie de leurs opérés. Mais jus-

qu'à présent M. Gosselin paraît être seul de son avis. Hier, M. Verneuil est venu dire avec la plus parfaite bonne foi qu'il y a quelques mois à peine il avait perdu un malade, et que cependant, s'il devait endormir ce soir la personne qui lui serait le plus chère au monde, il n'emploierait pas d'autre procédé. Il ne faut pas donc s'occuper simplement du chirurgien et du chloroforme, il faut aussi s'enquérir de l'état du malade et c'est là un point sur lequel M. Gosselin n'a pas insisté dans sa communication.

Plusieurs chirurgiens sont déjà inscrits pour prendre la parole sur le même sujet dans la prochaine séance. Cette discussion peut être très longue encore sans perdre de son intérêt.

HÔTEL-DIEU. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR VULPIAN.

Emphysème généralisé par rupture d'alvéole pulmonaire, survenu dans le cours d'une fièvre typhoïde compliquée de broncho-pneumonie.

Par le Dr P. Merklen.

Interne, médaille d'or des hôpitaux.

L'observation qui suit est un exemple curieux et tout à fait exceptionnel d'emphysème généralisé apparu au vingt-deuxième jour d'une fièvre typhoïde grave, compliquée de broncho-pneumonie. En raison même de la rareté de cet accident, surtout dans les circonstances où il s'est produit, il importait de ne pas le laisser passer inaperçu et de rapprocher son histoire des cas bien connus d'emphysème sous-cutané survenant dans les affections aiguës de poitrine.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, domestique, entrée le 27 décembre dernier à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Vulpian, (salle Sainte-Martine, n° 10). A Paris depuis un temps qui n'a pu être déterminé, cette malade est atteinte depuis treize jours de céphalalgie avec courbature, d'inappétence et de vomissements, d'épistaxis et de bourdonnements d'oreilles. A son entrée elle a le faciès abattu, répond mal aux questions qu'on lui pose, ne peut s'asseoir dans son lit sans être prise d'étourdissements. Le ventre, peu ballonné et peu douloureux, est le siège de taches rosées disséminées. La bouche est sèche, les gencives fuligineuses, la langue petite, fendillée, recouverte d'un enduit grisâtre; il existe des nausées continuelles; la malade a une diarrhée abondante et va sous elle. L'auscultation révèle dans toute la hauteur de la poitrine des râles sibilants et ronflants. T. mat. 39,6 ; s. 38,8.

Traitement. — Salicylate de bismuth, 12 grammes en six doses.

29 decembre. Cette nuit, la malade a été agitée; elle n'a cessé de

parler. Ce matin elle semble plus abattue qu'hier; elle n'a eu ni vomissements, ni épistaxis, mais toujours beaucoup de diarrhée. L'urine recueillie par la sonde renferme des quantités notables d'albumine ; de plus elle donne par le perchlorure de fer, la réaction caractéristique de l'acide salicylique. La malade n'a pu prendre hier que 6 gr. au lieu de douze de salicylate de bismuth. T. mat. 39°; s. 38,8.

Le 30. Délire de parole et d'action pendant la nuit, le matin visage meilleur, mais soubresauts des tendons, assoupissement. Moins de diarrhée hier; la malade a bien pris ses médicaments. T. mat. 39,4; s. 37,8.

Le 31. Amélioration. Moins de délire cette nuit. Le facies est plus animé et la malade s'intéresse davantage à ce qui se passe autour d'elle. Les bourdonnements d'oreilles et la céphalalgie persistent. Ni épistaxis ni vomissements. Diarrhée continuelle ; matières noires (dues au bismuth). Urines toujours involontaires. T. mat. 38,6; soir 39,2

Le 1er janvier 1882. Nuit agitée; ce matin cris et gémissements ininterrompus. T. mat. 39,8; s. 40,4.

Le 2. Agitation et exacerbation fébrile hier à la suite d'une visite prolongée. Moins de diarrhée. Ce matin la malade est plus calme. Albuminurie persistante. T. mat. 39,2; soir 39,3.

Le 3. Dans la journée d'hier, hémorrhagie intestinale considérable; plusieurs garde-robes sanguinolentes. Injection d'ergotine Yvon.

Gémissements continuels. Langue noire; facies meilleur.

Pour la première fois depuis que la malade prend du salicylate de bismuth, le perchlorure de fer ne détermine pas dans les urines la réaction caractéristique. T. mat. 39,8; soir 39,8.

Le 4. Nuit mauvaise; agitation. Ni vomissements, ni hémorrhagie nouvelle hier. Ce matin la malade est calme, la peau est moite.

Albuminurie persistante, mais réaction très imparfaite par le perchlorure de fer, ce qui indique que le salicylate de bismuth est peu absorbé. T. mat. 38,4; soir 39,4.

Le 5. La malade est en état d'asphyxie ; la sœur de veille a constaté à sa deuxième ronde un gonflement du cou qui n'a fait qu'augmenter et dont l'apparition a coïncidé avec une dyspnée considérable.

La face et les mains sont cyanosées. Le cou est le siège d'un gonflement manifestement dû à de l'emphysème, ainsi que le prouve la crépitation gazeuse fine obtenue par la pression; cette crépitation se retrouve à la partie antérieure et postérieure du thorax.

En auscultant et percutant la poitrine on constate de la matité avec souffle tubaire aux deux bases. Jusqu'à présent l'auscultation n'avait révélé que des râles sibilants et sous-crépitants. Il est donc évident qu'il s'est produit une broncho-pneumonie et que l'emphysème sous-cutané du cou est survenu à la suite d'emphysème du mé-

diastin et d'emphysème interlobulaire par rupture du poumon. T. m. 38,4, soir 40,2. Pouls 150. Prescription : Potion de Tood; sinapismes aux jambes.

Le 6. Asphyxie de plus en plus marquée; affaissement profond.— Vesicatoires aux cuisses.

Mort à 1 heure.

Autopsie. — Putréfaction prononcée du cadavre. Ramollissement de tous les organes.

Ulcérations profondes et déchiquetées des plaques de Peyer avec tuméfaction des follicules clos au niveau de la terminaison de l'intestin grêle. Un follicule clos ulcéré dans le gros intestin à 6 ou 7 centimètres du cæcum.

Gros intestin fortement teinté de sang depuis le côlon transverse jusqu'au rectum.

Ganglions mésentériques tuméfiés avec îlots de pseudo-pus à la coupe.

A l'ouverture du thorax on constate :

1° une infiltration gazeuse du tissu cellulaire du médiastin.

2° De l'emphysème sous-pleural des deux poumons sous forme de traînées paraissant suivre les lignes interlobaires.

L'insufflation de la trachée, les poumons et le médiastin étant plongés sous l'eau, ne détermine en aucun point l'issue de bulles gazeuses; les deux poumons se gonflent même naturellement sous cette influence.

A la coupe, le poumon droit présente une congestion diffuse de ses parties déclives avec îlots de pneumonie lobulaire, particulièrement abondants à la base. Les parties antérieures de ce poumon sont emphysémateuses.

Le poumon gauche présente les mêmes lésions ; on y voit de plus à la partie postérieure un assez grand nombre d'ecchymoses sous-pleurales très marquées, surtout sur la languette inférieure et postérieure de ce poumon. Larynx sain. Cœur mou et flasque. Rein pâle; anémie et léger épaississement de la substance corticale avec quelques adhérences par places de la capsule. Rien du côté des autres viscères.

Réflexions. — Il est aisé, en relisant l'histoire de cette malade, de se rendre compte du mode de production et de la nature de l'accident sur lequel nous attirons plus particulièrement l'attention. Une jeune fille de 18 ans, atteinte d'une fièvre typhoïde sévère et menaçante seulement par la gravité des phénomènes généraux, est prise presque subitement au vingt-deuxième jour d'une broncho-pneumonie, en somme peu étendue et peu intense, puisque l'autopsie n'a permis de constater que des îlots de pneumonie lobulaire disséminés au milieu du tissu pulmonaire congestionné sans hépatisation diffuse, sans granulations purulentes ni vacuoles.

Cette broncho-pneumonie survenue à la suite d'une bronchite plus caractérisée par ses signes physiques que par la dyspnée et la toux, se complique brusquement d'un emphysème à siège triple (emphysème interlobulaire et sous-pleural, emphysème du médiastin, emphysème sous-cutané), qui emporte la malade en 36 heures. Et l'autopsie ne révèle pas autre chose que ce que nous venons de dire ; l'emphysème généralisé ne peut être attribué qu'à la rupture d'une alvéole pulmonaire emphysémateuse, car il n'existe pas d'autre lésion qui puisse l'expliquer.

Quelle part la fièvre typhoïde a-t-elle dans la pathogénie de cet accident? Elle n'a fait sans doute que favoriser la rupture en diminuant la vitalité du tissu pulmonaire, et le mettant hors d'état de résister à l'augmentation de pression qui s'est produite en certains points du poumon, par suite de l'imperméabilité d'autres parties. Et encore ce rôle est-il purement hypothétique, car les conditions identiques à celles observées chez notre malade se rencontrent tous les jours, et c'est la première fois, à notre connaissance, que l'emphysème généralisé est signalé dans le cours d'une fièvre typhoïde.

Sans insister davantage sur cette exception qui, jusqu'à plus ample informé, mérite de n'être considérée que comme une coïncidence, nous ferons remarquer que l'emphysème généralisé, lié à la broncho-pneumonie, est rare chez l'adulte. D'après les observations françaises et étrangères, réunies par notre ami M. Galliard (1) dans un intéressant mémoire sur l'emphysème dans les affections aiguës de poitrine, l'emphysème généralisé ne s'observerait plus après quinze ans, au moins dans les affections pulmonaires aiguës. A cet égard encore notre observation fait exception à la règle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mars 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Baudrimont (de Bordeaux) priant l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté ; 2° un travail de M. le Dr Simorre sur le traitement de l'angine diphthérique ; 3° un travail de M. le Dr Mandon (de Limoges) sur les fièvres intermittentes.

M. Tillaux présente, de la part de M. le Dr Servajan, un instrument appelé pneumo-incluseur et destiné à donner des douches intérieures ou extérieures d'acide carbonique.

Contribution a l'étude des paralysies par compression des nerfs. — *M. Vulpian* rapporte l'histoire d'une femme de 28 ans qui

(1) Arch. gén. de méd. Décembre 1880.

dut, à la suite d'arthrites des genoux, se servir de béquilles. Au commencement de l'année 1882, elle commença à ressentir des douleurs dans les membres supérieurs, surtout dans les avant-bras et les mains; il y avait alors quatre mois qu'elle faisait usage de ces béquilles. En même temps, la malade s'aperçut que ses deux mains, surtout la droite, étaient très faibles; de plus, il existait un gonflement localisé au poignet et au dos de la main. Dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, les douleurs et le gonflement avaient disparu, mais il restait une paralysie presque complète de l'avant-bras du côté droit et une paralysie incomplète de l'avant-bras du côté gauche. Cette paralysie doit bien être attribuée aux béquilles.

La paralysie n'est pas bornée aux muscles innervés par le radial; ceux innervés par le cubital et le médian sont également atteints. Il n'y a pas d'atrophie manifeste des muscles; la sensibilité paraît partout intacte. La contractilité des muscles est conservée à peu près au degré normal; certains faisceaux, toutefois, se contractent peu, si même ils se contractent sous l'influence des courants induits saccadés.

Si l'on essaie de provoquer une contraction des muscles animés par le nerf radial, en faradisant directement le nerf, on n'obtient aucun résultat, même avec un courant très intense.

Le 20 janvier, ces muscles se contractent mieux, mais la faradisation du nerf ne produit encore aucune contraction. La main gauche reprend quelques mouvements. Le 31 janvier, en faradisant le nerf radial, on obtient une contraction des muscles animés par ce nerf. Les muscles se contractent presque aussi facilement que dans l'état sain, lorsqu'ils sont faradisés directement.

Le 1er mars, l'avant-bras et la main du côté gauche n'offraient presque plus trace de paralysie; du côté droit, les mouvements ont fait quelque progrès.

Ainsi, dans ce cas, la paralysie a été complète pour les muscles de l'avant-bras et de la main du côté droit, incomplète pour les muscles correspondants du côté gauche. C'est sur la béquille du côté droit que la malade s'appuyait le plus fortement en marchant.

La paralysie n'a guère porté, en réalité, que sur la motilité; la sensibilité était intacte. Pour chercher à se rendre compte de cette différence, il faut examiner l'état dans lequel se trouvaient les agents principaux du mouvement volontaire du malade. L'encéphale et la moelle sont évidemment hors de cause. Les muscles de l'avant-bras et de la main du côté droit (côté le plus paralysé) avaient conservé leur contractilité à peu près au degré normal; mais les nerfs n'agissaient plus sur ces muscles pour les mettre en contraction.

Ce n'est pas toujours ainsi que les choses se présentent dans les paralysies par béquilles. Si les nerfs comprimés perdent leur motri-

cité, les muscles ne tardent pas à ne plus répondre ou à ne répondre qu'imparfaitement aux excitations faradiques. Ils continuent, au contraire, à se contracter sous l'influence des courants galvaniques. Les muscles s'atrophient assez rapidement.

La paralysie par compression n'est donc pas toujours caractérisée par la disparition de la contractilité musculaire sous l'influence des courants faradiques. Des paralysies manifestement traumatiques n'abolissent pas nécessairement cette propriété.

Cette observation jette donc un certain jour sur les paralysies par compression, elle jette aussi un jour sur les paralysies radiales *a frigore*. En 1871, M. Panas a lu devant l'Académie un mémoire sur la paralysie radiale qu'il considère comme toujours due à la compression. De nombreuses objections ont été faites à M. Panas; mais les arguments que présentait alors M. Vulpian ont perdu beaucoup de leur force. La paralysie radiale n'est donc pas toujours produite par le froid. Il n'y a que la paralysie radiale qui puisse être attribuée au froid; que cette paralysie dite *a frigore* présente tous les symptômes des paralysies par compression légère des nerfs; dans tous les cas il a pu se faire que le malade ait eu une compression de son nerf radial et d'autre part il faut ordinairement torturer les malades pour les amener à dire qu'ils ont pu être soumis au froid.

Physiologie de la contraction tendineuse. — *M. J. Guérin* lit sous ce titre un travail déjà communiqué à l'Académie des sciences et que nous avons reproduit dans notre dernier numéro. (V. France méd. n° 28 p. 330).

Le chloroforme. — *M. Verneuil.* Au début de cette discussion, alors qu'il s'agissait uniquement des impuretés du chloroforme, j'ai dit que le chloroforme de la ville était généralement pur et que les défectuosités dans l'anesthésie étaient dues le plus souvent non au chloroforme, mais à un mauvais mode d'administration. M. Gosselin a réédité en quelque sorte l'aphorisme de M. Sédillot d'après lequel le chloroforme bien administré ne cause jamais d'accidents.

Je considère cette opinion de M. Gosselin comme dangereuse et funeste, il faut bien savoir que le choloroforme même le plus pur peut entraîner la mort. Il y a trente ans que je donne le chloroforme; pendant vingt-neuf ans et demi, les procédés usuels m'ont réussi, mais il y a quelques mois j'ai perdu un malade ; je puis dire en toute conscience que si j'ai perdu ce malade, la faute n'en est pas à un procédé que j'emploierais dès ce soir sur la personne du monde qui me serait le plus chère.

La théorie de M. Gosselin sur les intermittences dans l'administration du chloroforme est acceptable en quelques points, mais cette théorie reviendrait à formuler une équation algébrique du premier

degré : chloroformisation anesthésique = 113 respirations de chloroforme + 28 respirations d'air pur.

Il est difficile d'introduire les mathématiques dans un point où la clinique et la pratique sont si variables, nous ne savons absolument rien de la zone maniable du chloroforme chez l'homme. M. Gosselin pense que le chloroforme s'élimine constamment par le rein, par la respiration et par la peau, mais nous ne savons rien de l'élimination du chloroforme par le rein et la peau.

M. Gosselin sait bien que la mort peut arriver dès le début de la chloroformisation alors que le sang n'est pas encore saturé de chloroforme ; M. Gosselin sait bien que les malades peuvent mourir en pleine chloroformisation ou huit ou dix minutes après. Il est impossible de comparer la chloroformisation selon l'opération que l'on veut faire et selon la région sur laquelle on agit.

Il ne faut donc pas considérer la chloroformisation comme une chose simple, à la portée de tout le monde et que l'on peut énoncer sous la forme d'une équation algébrique.

L'opinion de Robert est toujours vraie : toutes les fois qu'on introduit dans l'économie un agent anesthésique quelconque, de manière à faire cesser rapidement la motilité et la sensibilité du malade, on fait courir à l'opéré les plus grands dangers. Assurément on a perfectionné la technique, mais il faut toujours tenir compte du chloroforme et de l'empoisonné lui-même, or c'est là un élément que rien ne vient rappeler dans la formule de M. Gosselin.

Il faut absolument tenir compte du malade lui-même ; si l'on étudie les autopsies des individus morts du chloroforme, on voit que plus de la moitié de ces individus avaient le cœur gras.

Ainsi, il faut employer de bon chloroforme, il faut administrer le chloroforme avec soin, mais aussi il faut savoir jusqu'à quel point un organisme plus ou moins taré peut le supporter.

M. Rochard ne dira rien des impuretés du chloroforme, il est sur ce point tout à fait de l'avis de M. Verneuil, mais il ne faudrait pas faire peser sur ces impuretés seules les morts par le chloroforme qui reviennent périodiquement.

M. Gosselin propose le mélange du chloroforme et de l'air pur dans de grandes cuves difficiles à transporter; il croit qu'il serait peut-être préférable d'abandonner le chloroforme et d'employer le protoxyde d'azote ou l'anesthésie sous pression. Non, tant qu'on n'aura pas trouvé quelque chose de mieux que le chloroforme, il faudra le garder. On sait combien l'éther est défectueux et long dans son emploi. Le protoxyde d'azote cause souvent des accidents; il est dangereux lorsqu'il est mal préparé ; or, on ne peut jamais être sûr d'un produit qu'on se procure au dernier moment et que tous les opérateurs préparent.

Le protoxyde d'azote sous pression n'a pas encore suffisamment fait ses preuves pour être considéré comme inoffensif.

Il faut donc garder le chloroforme. M. Rochard croit qu'on peut diminuer les accidents, mais sans jamais prétendre les faire complètement disparaître, et surtout il ne faut pas reculer parce qu'on aura de temps en temps un insuccès.

M. Rochard regarde la compresse comme une très mauvaise façon de procéder. Pour que le chloroforme soit inoffensif, il faut d'abord qu'il soit mélangé d'air; or, avec la compresse, on ne sait pas ce que l'on fait. Depuis trente-cinq ans, M. Rochard se sert toujours du même cornet en carton qui permet au malade de respirer à la fois de l'air pur et du chloroforme; il se sert de petits flacons de 10 gr. de chloroforme; il en verse d'abord un flacon dans le cornet qu'il s'agisse d'un adulte, d'une femme ou d'un enfant; il n'en verse ensuite qu'un demi flacon. Il emploi ainsi 45 à 50 grammes de chloroforme.

M. M. *Perrin* est absolument de l'avis de MM. Verneuil et Rochard; mais l'opinion de M. Gosselin peut être tellement funeste qu'il désire en parler à son tour. Toutes les fois qu'on donne le chloroforme, on fait un acte dangereux, et la mort peut survenir, quel que soit le chloroforme et quel que soit le chirurgien.

M. Gosselin revient sur une idée qu'il a eue il y a déjà bien longtemps; déjà à la Société de chirurgie, lors de la discussion du rapport de Robert, il soutenait le procédé des intermittences dans les inhalations de chloroforme. Les chirurgiens, surtout dans la pratique des hôpitaux, n'ont que très rarement des accidents. Or comme les chirurgiens en général n'emploient pas les intermittences, on ne peut pas faire honneur aux intermittences des succès obtenus.

Les intermittences ne peuvent avoir pour résultat que de faire durer la chloroformisation beaucoup plus longtemps. M. Perrin est donc partisan résolu des inhalations ininterrompues.

D'où vient une dissidence si profonde sur ce point? Les malades ne meurent pas empoisonnés; une fois que la période de tolérance est établie et que le malade respire largement, on peut lui donner sans danger beaucoup plus de chloroforme qu'auparavant. Il ne s'agit donc pas là d'un empoisonnement. Si l'on consulte les résultats des autopsies, on ne trouve pas de même de traces d'empoisonnement. Les malades meurent par arrêt de la respiration.

Il est certain qu'il faut donner le chloroforme prudemment; il faut en donner peu à la fois, et le donner d'une manière continue. Ce sont là les préceptes formulés par Malgaigne, par Sédillot, par Lallemand et Perrin.

Le cornet d'amadou employé par M. Rochard a du bon; la compresse peut avoir le défaut dont parle M. Rochard, mais on ne peut admettre qu'un chirurgien ou un chloroformisateur fasse assez peu

attention à son malade pour lui laisser tomber la compresse sur la bouche sans laisser passer d'air. Le cornet a cet avantage de laisser passer l'air et de mettre le chloroforme à environ 10 centimètres de la bouche du malade, mais ce cornet est une muselière insupportable pour beaucoup d'individus.

Parlons maintenant du chloroforme. La qualité du chloroforme doit toujours être l'objet d'une sérieuse attention de la part du chirurgien.

La discussion continuera dans la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS

—

L'hiver de 1881-1882.

L'hiver de 1881-1882, outre l'absence presque absolue de neige et de glace, a présenté certains phénomènes thermométriques et barométriques sur lesquels il est intéressant d'insister, car il est fort probable que nous ne les reverrons pas de longtemps.

Il existe entre la hauteur du mercure dans le baromètre et le beau ou le mauvais temps une relation qui rend cet instrument très précieux pour le pronostic du temps : la hausse ou la baisse n'ayant pas lieu au moment même des variations, mais les précédant de 48 heures et plus.

A Paris, la moyenne annuelle est d'environ 0m 7568. Or, le 17 janvier, à 10 heures du matin, le baromètre s'est élevé, au Parc Saint-Maur, près de Paris, à la hauteur extraordinaire de 782mm. La température était de 2°, le temps couvert avec brouillard. L'altitude du Parc Saint-Maur étant de 49m 30 au-dessus de la mer, si l'on ramène suivant l'usage la hauteur 782mm au niveau de l'océan, on arrive à près de 787mm.

Sur une période qui embrasse près d'un siècle, on ne trouve signalée à l'Observatoire de Paris qu'une seule hauteur dépassant un peu la précédente : c'est celle du 26 février 1821, à 9 heures du matin. Ce jour-là, la pression, ramenée au niveau de la mer, a été de 787mm52.

Les observations faites à Paris depuis deux siècles n'indiquent pas, sauf aux deux dates précédentes, une hauteur barométrique supérieure à 778mm.

Les données météorologiques sont maintenant très complètes, grâce à l'existence du vaste réseau d'observateurs qui couvre toute l'Europe. Ces renseignements précis nous apprennent que la pression énorme de 787mm a été assez générale; elle s'est étendue sur tout l'espace compris entre le nord de l'Afrique et celui de l'Europe.

Déjà pendant le grand hiver de 1879 la pression s'était maintenue également très élevée; seulement, à ces hautes pressions correspondaient des températures très basses, tandis que cette année les températures qui coïncident avec les pressions de 787^{mm} ont été au contraire relativement hautes.

Ceci tient à la distribution des courants atmosphériques qui, s'élevant à l'équateur pour retomber vers les pôles, sont venus descendre cette année vers nos latitudes. Leur chute a soulevé le mercure du baromètre et l'a maintenu à une grande hauteur; et comme ces courants sont chaux et humides, nous avons eu un hiver humide et relativement chaud.

Un autre phénomène intéressant c'est l'absence de pluie malgré l'humidité de l'atmosphère. L'Académie, dans sa séance du 23 janvier, a signalé ce qu'il y avait d'anormal dans le séjour prolongé de cette nuée opaque au-dessus de nos têtes. MM. W. de Fonvielle et Brissonnet fils firent, le 25 janvier, une ascension qui leur donna les résultats suivants : Le ballon pénétrait dans le brouillard à 270 mètres d'altitude et en sortait à 600 mètres, ce qui fait environ 330 mètres pour l'épaisseur de la nuée opaque. A 600 mètres les aéronautes purent voir le soleil étinceler au milieu d'un ciel bleu. La température était — 5°; la couche ensoleillée donna au thermomètre — 2° — et 3°.

Ces nuées opaques ne renferment ni neige, ni givre, mais seulement, comme Arago l'a fait remarquer, des poussières impalpables. Ceci viendrait à l'appui de l'opinion de quelques météorologistes qui pensent que la cause première des brouillards doit être cherchée dans un noyau de poussière qui serait enrobé de givre et d'eau.

On peut remarquer, pour expliquer cette humidité de l'atmosphère sans trace de pluie, que l'air, en descendant, élève son degré hygrométrique, c'est-à-dire son pouvoir de dissoudre la vapeur d'eau, et, son point de saturation, se trouvant dès lors reculé, la pluie ne se produit pas.

Au point de vue médical, il ressort des faits précédents que nous avons vécu plus d'un mois dans une couche d'air comprimé : et si nous n'avons pas recueilli tous les bénéfices de cette compression, c'est que l'atmosphère était humide au lieu d'être sèche, ce qui constitue une différence notable au point de vue de la santé publique.

Dr F. GENEVOIX.

NOUVELLES

ASSOCIATION DES DAMES FRANCAISES. — *Secours aux militaires en cas de guerre ; secours aux civils en cas de calamités.* — L'Ecole de garde-ma-

lades et d'ambulancières, qui a été fondée en 1877 à la mairie du VI[e] arrondissement, est transférée au siège de l'Association des dames françaises, rue Jean-Jacques, 15. Ses cours sur l'hygiène, sur les soins à donner aux malades et aux blessés et sur l'art des pansements ont recommencé le 3 mars; ils se continueront les lundis et les vendredis à huit heures du soir. Ces cours sont faits par des docteurs en médecine; ils sont publics et gratuits. Un diplôme sera délivré aux personnes qui passeront l'examen avec succès.

L'UNION MÉDICALE. — M. Amédée Latour, après avoir dirigé avec tant de distinction depuis trente-cinq ans le journal *l'Union médicale*, est contraint par la maladie de prendre sa retraite. Il termine sa glorieuse carrière de journaliste avec le titre de rédacteur en chef honoraire.

Les actionnaires, à l'unanimité, ont élu pour lui succéder notre excellent ami le D[r] Gustave Richelot, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, à qui nous adressons nos sincères félicitations.

HÔPITAL COCHIN, — M. le D[r] Bucquoy, agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital Cochin le mardi 14 mars 1882, à 9 h. 1/2, et les continuera les mardis suivants, à la même heure. — Visite à 8 h. 1/2.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 24 février au 2 mars* 1882. — Fièvre typhoïde, [illegible] — Variole, 11. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 61. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 15. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 76. — Phthisie pulmonaire, 216. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 81.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 67.

Bronchite aiguë, 59. — Pneumonie, 126. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 46; au sein et mixte, 28; inconnu, [illegible] — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 119; l'appareil circulatoire, 70; l'appareil respiratoire, 109; l'appareil digestif, 59; l'appareil génito-urinaire, 20; la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 2; causes non définies, 0. — Morts violentes, 46. — Causes non classées, 8. — Nombres absolus de la semaine, 1.337.

Résultats de la semaine précédente : 1.355.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie GERMER-BAILLIÈRE et CIE, *boulevard Saint-Germain*, 10[illegible].

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par M. P. GARNIER. [illegible] année, 1881. 1 vol. in-18. [illegible]

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, *rue Hautefeuille*.

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère, par E. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 3e année. In-8, 272 pages. [illegible]

Le Propriétaire-Gerant : D[r] E. BOTTENTUIT.

Paris — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc[r] imp. de la Faculté de médecine r. M[illegible]

INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 30 SAMEDI 11 MARS 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
s ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se con-
sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 30. Samedi 11 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE DENTU.

Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers.

Leçons recueillies par M. de La Personne,
Interne du service.

Messieurs,

Je désire étudier devant vous le pansement à l'iodoforme et vous montrer les inconvénients et même les dangers qu'il peut présenter dans certaines circonstances.

Dans ces derniers temps, l'usage immodéré de cet agent thérapeutique a donnné lieu à des accidents graves, quelquefois mortels. Ces véritables empoisonnements iodoformiques ont été observés en Allemagne précisément dans la pratique des chirurgiens qui voulaient généraliser l'emploi de l'iodoforme comme antiseptique. Ces faits méritent donc toute notre attention.

Je remonterai un peu haut dans l'histoire de l'iodoforme et je vous montrerai qu'on aurait pu, jusqu'à un certain point, prévoir les dangers de l'abus de ce médicament, en se rappelant des expériences physiologiques qui datent déjà de quelques années.

L'iodoforme a été conseillé pour la première fois par le professeur Bouchardat en 1836. Il le faisait prendre à l'intérieur dans les cas de goitre, contre la scrofule, l'aménorrhée ; pour cet auteur, il pouvait agir comme succédané de l'iode.

En 1856, Humbert et Moutin, s'appuyant sur leurs expériences physiologiques, essayèrent d'utiliser ses propriétés anesthésiques, aussi bien à l'intérieur qu'en applications locales ; il devait agir non seulement dans les cas de gastralgie, mais aussi dans la plupart des névralgies rebelles.

Mais déjà, dès 1853, Moretin, puis Maître, Estalke, Demarquay conseillaient l'iodoforme dans les fissures et les fistules de l'anus, et bientôt son emploi comme topique se généralisait en France.

Gubler (1) a conseillé la solution saturée d'iodoforme dans un mélange à parties égales d'éther et de chloroforme.

Il le recommande surtout en applications locales pour les engorgements ganglionnaires, dans les collections séreuses, dans les arthrites ; il pense que cette solution agit comme la teinture d'iode.

Plus tard, M. Lailler préconise la poudre d'iodoforme porphyrisée

(1) Pour les indications bibliographiques, voir Dictionnaire de Jaccoud, article Iode.

dans les cas de fistule à l'anus, d'ulcérations cancéreuses ou vénériennes, de chancres mous, d'onyxis, enfin de toute plaie à cicatrisation. M. Hillairet l'emploie contre les hémorrhoïdes indurées ; M. Féréol contre les ulcères variqueux ou phagédéniques, contre le rupia, l'ecthyma, le bubon gangréneux, les plaques muqueuses.

Dans cette période de son histoire, vous voyez toujours l'iodoforme répondre à cette indication thérapeutique spéciale, la cicatrisation des plaies. La chirurgie française a vécu sur ces premières idées ; on n'a guère employé l'iodoforme après les opérations et seulement lorsque la cicatrisation ne marchait pas assez rapidement, mais jamais sur des surfaces cruentées, sur des plaies vives.

Il en était de même à l'étranger. Ce n'est guère que depuis un an qu'avec un entraînement presque irréfléchi, on a voulu étendre l'emploi de l'iodoforme au pansement de toutes les plaies. Les principaux promoteurs de cette idée ont été Mikulicz, de Vienne (1), Mosetig, enfin, Leoschin (2) qui l'applique au pansement de l'ovariotomie. Un très grand nombre de chirurgiens allemands ont suivi cet exemple, à tel point que Schede dit qu'en 1881, sur 430 malades soignés dans les services de chirurgie de Hambourg, on n'a pas employé une seule fois le pansement de Lister. N'est-ce pas un exemple de la rapidité d'entraînement avec laquelle on peut être détourné d'une voie reconnue excellente par tous les chirurgiens ? Et cette expérimentation portant sur tous les malades d'un hôpital, atteints de plaies, ne semble-t-elle pas au premier abord bien imprudente ? Ceci explique suffisamment les accidents que l'on a pu bientôt observer. Mais avant d'entrer dans quelques détails sur les faits publiés récemment, permettez-moi de vous rappeler en quelques mots les différents *modes d'emploi* et les *avantages* du pansement iodoformique. Je suis bien loin, en effet, d'être un ennemi déclaré de cet agent thérapeutique, qui peut, je crois, rendre de grands services, lorsqu'il est manié avec quelque prudence.

L'iodoforme cristallisé est employé journellement ; quelques médecins, après M. Lailler, lui préfèrent la poudre prophyrisée : mais cette poudre serait, d'après Schede, plus dangereuse parce qu'elle est plus facilement absorbable. Je vous parlais tout à l'heure de la solution saturée de Gubler. Un moyen qui paraît avoir plus d'avenir serait son emploi sous forme de gaze idoformique. La préparation est des plus simples. On pile dans un mortier une certaine quantité de gaze commune avec l'iodoforme ; les bandelettes ou les pièces de gaze sont ensuite conservées à l'abri du contact de l'air.

(1) Zur Iodoformbehandlung par Mikulicz, de Vienne. Centralblatt für chirurgie, 7 janvier 1882.

(2) Zur Iodoformbehandlung bei Ovariotomien, par Leo Leoschin, ibid., 14 janvier 1882.

Le mode d'action de l'iodoforme peut être expliqué de la manière suivante. Après l'application du topique, la suppuration devient moins abondante ; le pus sécrété lentement forme, en se mêlant à l'iodoforme, une couche protectrice et isolante au-dessus de laquelle se produit une sorte de cicatrisation *sous-crustacée*. Il existe en outre un dégagement très lent d'iode qui peut agir comme antiseptique.

Mais, ainsi que le fait remarquer Schede, comme antiseptique il est bien inférieur à l'acide phénique. Il ne peut servir au lavage des mains et des instruments. De plus, le dégagement d'iode ne se faisant que lentement, il ne devient antiseptique qu'à la longue et ce n'est guère que du deuxième au quatrième jour que son action peut devenir efficace.

On peut se demander aussi si, comme antiseptique, il est réellement supérieur à la teinture d'iode. Depuis Boinet, on connaît les propriétés antiseptiques de la teinture d'iode, et comme tel il peut être employé avec avantage. Vous me l'avez vu appliquer au traitement d'un anthrax, d'aprés le procédé de M. Forget. Somme toute je crois que l'iodoforme n'agit que par l'iode qui se dissout; il présente sur la teinture iodique cet avantage d'avoir une action plus prolongée et plus puissante par conséquent. On a espéré que l'iodoforme empêcherait la production de l'érysipèle. C'est là une illusion qui se reproduit à propos de chaque méthode de pansement.

Malheureusement cette espérance a été déçue, et dans le travail de Schede on voit un exemple d'érysipèle grave après le pansement iodoformique. Quelques chirurgiens l'ont même accusé de produire l'érysipèle. C'est peut-être aller trop loin; cependant je dois dire qu'il produit quelquefois des phénomènes irritatifs (érythème, eczéma).

Le pansement iodoformique n'empêche pas davantage ce qu'on désignait autrefois sous le nom de fièvre traumatique et qu'on appelle fièvre aseptique depuis les travaux de Billroth.

Quant aux *inconvénients* de ce mode de pansement, ils résultent tout d'abord de son prix élevé, inconvénient de bien peu d'importance, je le reconnais, et que des préparations chimiques nouvelles pourraient faire disparaître. Ils résultent encore de sa mauvaise odeur, de cette odeur persistante, caractéristique, qui devient si antipathique à quelques malades, leur fait perdre l'appétit, leur donne des vomissements, et peut devenir une contre-indication absolue de cette méthode.

Enfin l'iodoforme produit des phénomènes irritatifs quelquefois très accusés. Kœnig, de Göttingen, a signalé l'érythème papuleux. Dans notre service vous avez pu voir un cas très net d'eczéma iodoformique. Il s'agit, vous le savez, d'un malade amputé de la jambe et dont la cicatrice s'est ouverte de nouveau ; nous l'avons pansé à

l'iodoforme et ce n'est qu'une vingtaine de jours après le début du traitement que nous avons vu apparaître un eczéma occupant toute la partie postérieure de la cuisse et de la fesse. Remarquez en passant que ces phénomènes cutanés ne se sont produits que longtemps après le commencement du traitement; il semble qu'il y ait là un véritable effet d'accumulation locale comparable à ce qui se passe dans l'empoisonnement par passage de l'iodoforme dans le sang.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE

Sur un signe du début de la grossesse, par *M. Delattre*. — On ne me parait pas avoir suffisamment insisté sur la signification d'un phénomène de début de la grossesse : je veux parler de la disparition presque complète des phosphates des urines. Si l'on recherche ce que deviennent ces phosphates ainsi retenus, on découvre que, n'étant qu'en très faible partie utilisés pour le développement du fœtus, aux premiers temps de la grossesse, ils se condensent presque en totalité dans les os dont ils augmentent le poids, ou à leur surface pour former des ostéophytes, considérés à tort pendant longtemps comme résultant d'une erreur de nutrition.

Dans les derniers mois, le fœtus se développant avec intensité, ces réserves sont attaquées ; les os tendent à reprendre leur poids primitif et les ostéophytes à diminuer graduellement, pour disparaître, après les premiers mois de l'allaitement, pendant lesquels ils ont contribué à maintenir à son chiffre normal la proportion des phosphates du lait.

Voilà ce qui se passe lorsque la femme est forte et bien nourrie. Dans le cas contraire, et c'est ce qui se présente tous les jours dans les villes et les grands centres industriels, la mère, loin de former ces réserves, emprunte à sa propre substance les éléments de nutrition du fœtus. Elle s'épuise et donne le jour à un être chétif, que son lait trop pauvre ne pourra soutenir.

Si l'on rend à l'organisme les phosphates qui lui manquent, on voit la femme enceinte reprendre ses forces et le nouveau-né vient à la vie dans les conditions normales de santé et de résistance. Ceci n'est plus de la théorie, et une pratique déjà longue me permet d'affirmer que le succès suit, 9 fois sur 10, l'administration bien entendue du phosphate de chaux.

Entre autres faits probants, je puis citer l'exemple d'une famille de quatre enfants, dont les premiers, d'une santé moyenne, présentent les attributs du lymphatisme, avec défaut d'énergie physique et morale, pâleur et mollesse des chairs, etc..., tandis que les deux

derniers, venus longtemps après et alors que la mère était affaiblie par les chagrins et l'action d'une maladie nerveuse, sont cependant vigoureux, tapageurs, et présentent une très belle carnation.

J'attribue cette différence à l'administration pendant les deux dernières grossesses du phosphate de chaux, sous la forme que je considère comme la plus physiologique, c'est-à-dire à l'état de sirop et de vin Dusart.

Cette observation est d'autant plus concluante que le résultat de l'action du phosphate de chaux s'est trouvé constaté par ce qui s'était passé lors des premières grossesses.

J'ai remarqué, en outre, dans plusieurs cas, une diminution rapide des vomissements chez les femmes auxquelles je prescrivais le sirop ou le vin de Dusart et presque toujours l'éruption des dents du nouveau-né se faisait plus tôt et amenait moins de troubles.

Ainsi, dans la famille d'un confrère, j'ai vu paraître la première dent, chez les deux premiers enfants, à 11 mois. Pendant la troisième grossesse, la mèse prit le phosphate de chaux et l'enfant présenta, sans aucun trouble de santé, ses deux premières dents à 4 mois et quelques jours.

Ici encore, j'ai pu faire, tout à l'avantage du phosphate de chaux, la comparaison entre les enfants qui provenaient d'une grossesse abandonnée aux seuls secours de la nature et ceux dont le développement intra-utérin avait été favorisé par l'administration de l'élément qui préside aussi bien à la formation du muscle qu'à celle du système osseux. (*Gazette des hopitaux.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mars 1882. — Présidence de M. L. LABBÉ.

PRÉSENTATION DE MALADE. — *M. Després* montre un malade qui s'est tiré, il y a onze jours, une balle de revolver qui a intéressé la deuxième articulation et peut-être aussi la première de l'index gauche ; il a été traité par le pansement par occlusion de Chassaignac ; il y a eu réunion par première intention.

M. Poncet présente les observations de deux amputations sous-périostées qu'il a faites il y a deux ans.

M. Pozzi, à propos de la malade qu'il a présentée à la dernière séance, rappelle que dans les résections du coude M. Ollier a proposé chez les sujets jeunes d'enlever une lanière circulaire de périoste, pour éviter une reproduction trop active de l'os et par suite une soudure des extrémités. Chez sa malade, il a cru devoir s'écarter de cette règle, parce qu'il a réséqué une grande étendue d'os.

ELONGATION DES NERFS. — *M. Gillette* fait un rapport sur un travail

de M. Blum relatif à deux nouveaux cas d'élongation nerveuse pour une sciatique rebelle. Dans un cas, les douleurs disparurent après trois mois, mais l'atrophie du membre persista; dans l'autre cas, il n'y eut qu'une amélioration au bout de trois mois.

Le rapporteur fait des réserves sur l'utilité de cette élongation dans le cas de maladies de la moelle, dans l'ataxie, dans le tétanos; il croit à ses heureux effets dans les cas de sciatique simple non symptomatique. Il préfère faire l'élongation à la partie moyenne de la cuisse, au lieu de la faire sous le bord inférieur du grand fessier, comme M. Blum.

Il a fait beaucoup d'expériences sur le cadavre, et il en a conclu qu'il ne faut jamais dépasser une force de traction de 18 à 20 kilogr. mesurée avec le dynamomètre qu'il a fait construire ; il va sans dire qu'il recommande l'emploi de ce dynamomètre qui donne des résultats plus certains que la traction faite avec les doigts ou un simple crochet.

M. Berger ne croit pas que le dynamomètre donne des résultats suffisamment précis, parce que les adhérences du nerf à sa gaine sont très différents suivant les cas.

Il a fait l'élongation sur deux malades, l'un atteint de maladie de Parkinson, l'autre d'ataxie ; il n'a eu que des insuccès. Il a observé un cas de guérison d'une sciatique rebelle à la suite d'un abcès profond intra-musculaire consécutif à une piqûre de morphine qu'il fut amené à ouvrir. M. Hardy, dans le service duquel était le malade, fut d'avis que peut-être les élongations n'agissaient que par le traumatisme qu'elles déterminaient.

M. Larger a fait une fois l'élongation du sciatique chez un malade atteint d'ataxie que les piqûres de morphine ne pouvaient soulager; le résultat fut nul, mais les piqûres de morphine devinrent efficaces après l'opération. Il a fait l'élongation dans les deux sens : du côté de la moelle et du côté de la périphérie.

M. Desprès croit que le traumatisme seul suffit à expliquer la guérison des douleurs ; il cite le cas d'un malade ataxique venu dans son service pour se faire opérer d'une hydrocèle ; les douleurs ont cessé pendant tout le temps qu'a duré l'action de l'injection iodée sur la tunique vaginale.

M. Gillette répond à M. Berger qu'en effet les adhérences varient ; du reste une traction de 18 à 20 kilogr. est suffisante et n'est pas trop énergique. Quant à l'opinion de MM. Hardy, Berger et Desprès, il ne la croit pas fondée, attendu que les malades ont été auparavant, sans résultat aucun, soumis à l'action du cautère actuel; or, les cautérisations ignées constituent un traumatisme.

M. Poncet fait observer qu'un grand nombre de chirurgiens français et étrangers n'exercent dans l'élongation que des tractions sur

le segment médullaire, et cette pratique est en rapport avec les expériences de M. Laborde qui a montré que ces tractions avaient une influence sur la sensibilité seule : les tractions exercées sur l'extrémité périphérique portent leur action sur les plaques motrices terminales et par conséquent sur la motilité ; il faudrait donc se contenter des premières.

De l'opération des fistules recto-vulvaires. — *M. Verneuil* fait sur la cure des fistules recto-vulvaires une communication à propos de laquelle il émet d'abord les propositions suivantes :

1° Les fistules recto-vulvaires, petites et faciles à opérer, sont très difficiles à guérir.

2° Les procédés américains, qui sont si bons pour les fistules vésico-vaginales, échouent le plus souvent, même quand ils sont le plus habilement pratiqués.

3° Les échecs ont poussé les chirurgiens à modifier les procédés opératoires, mais sans succès.

M. Verneuil, depuis 1868, a opéré 13 fistules recto-vulvaires. Il a eu 11 insuccès.

Dans 10 cas de suture sanglante, il a eu 10 insuccès. Deux des malades qu'il avait opérées de cette façon ont guéri ensuite spontanément.

Le dernier cas qu'il a opéré a été un succès ; la femme qui fut l'objet de cette opération avait été opérée déjà neuf fois par des chirurgiens différents. Il eut l'idée dans ce cas de regarder la fistule par sa face vulvaire et par sa face rectale, il s'aperçut que la muqueuse rectale au pourtour de la fistule était comme épidermisée, il eut encore l'idée de cautériser le pourtour de la fistule sur sa face rectale et sur sa face vulvaire et de cautériser aussi les bords ; dix jours après, il fit la réunion immédiate de cette plaie granuleuse et quand onze jours après il enleva les fils, il constata un succès complet.

Les conclusions de la communication sont les suivantes :

1° Les causes qui font échouer si souvent la cure chirurgicale des fistules recto-vulvaires sont essentiellement locales : les principales sont :

A. Le peu d'épaisseur de la cloison recto-vaginale au point où siège la fistule, ce qui empêche d'affronter des surfaces avivées suffisamment larges et de comprendre dans l'anse des sutures une quantité suffisante de parties molles ;

B. Le contact des matières intestinales liquides ou gazeuses avec les surfaces suffisamment avivées, contact difficile à prévenir et à empêcher et qui fait échouer presque sûrement la réunion par première intention.

2° Les expédients mis en usage jusqu'ici pour combattre ces causes, formation de lambeaux, dédoublement des lèvres de la fis-

tule, dilatation forcée ou débridement des sphincters, double plan de sutures, n'offrent pas assez de garanties pour être recommandées sérieusement.

3° L'avivement sanglant, suivi aussitôt de réunion immédiate, c'est-à-dire l'anaplastie en un seul temps, doit être jusqu'à nouvel ordre abandonné.

4° La guérison spontanée des perforations recto-vulvaires peut s'observer après l'échec de la suture sanglante ; elle s'effectue par adhésion secondaire de la membrane granuleuse qui s'établit sur les surfaces avivées, adhésion qui n'est point empêchée par le contact passager ou permanent des matières intestinales.

5° Cette guérison spontanée toutefois exige certaines conditions. Il faut (étant connue la disposition en zone circulaire qu'affecte la plaie granuleuse), il faut, dis-je, que la rétraction concentrique l'emporte en puissance et en vitesse sur la rétraction radiée.

Dans le cas contraire elle est impossible, parce que la rétraction radiée attire la muqueuse rectale dans l'orifice fistuleux qui reprend ainsi ses conditions de permanence.

Le mode d'avivement usité dans le procédé américain entraîne certainement, au cas où la suture manque, l'occlusion spontanée de la fistule, et il en est de même de la cautérisation, telle qu'on la pratique d'ordinaire dans l'espoir de favoriser cette occlusion.

6° La guérison entièrement spontanée est, à coup sûr, possible, mais fort aléatoire. L'art peut donc et doit même venir en aide à la nature ; on y parviendra, en adoptant d'une manière exclusive l'opération en deux temps, c'est-à-dire l'avivement par la cautérisation et la réunion immédiate secondaire lorsque les surfaces granuleuses sont jugées aptes à l'adhésion. La suture métallique simple, exécutée à l'ordinaire, pourra suffire sans doute ; mais, en certains cas, il pourra convenir d'y adjoindre une suture de renfort ou de soutien.

7° L'insuccès de la suture étant encore fort possible, il sera sage de mettre la fistule dans des conditions telles que la guérison spontanée par rétraction concentrique et adhésion lente des surfaces granuleuses soit encore réalisable. Il suffira pour cela de supprimer préventivement l'obstacle essentiel à la cure naturelle, en détruisant dans une étendue suffisante la muqueuse rectale au pourtour de l'orifice intestinal de la fistule.

Lecture. — *M. Reclus* lit un travail sur un cas de fistule congénitale de la région ano-coccygienne. P. Bazy.

VARIÉTÉS

—

Un parasite du corps médical devant les tribunaux.

Soyez plutôt maçon si c'est votre métier,

a dit Boileau; mais Jean-Baptiste Heller n'a pas écouté ce sage conseil, et, bien que maçon de son état, il s'est mis depuis six ans à faire de la sorcellerie médicale dans les départements de la Vienne et d'Indre-et-Loire.

Mal lui en prit d'avoir abandonné la truelle, car, en 1877 et en 1879, le tribunal de Poitiers le condamnait à l'amende pour exercice illégal de la médecine; une nouvelle série d'amendes s'élevant à 1,350 francs, prononcées en 1881 par le tribunal de Loudun, n'éteignit pas le feu sacré du charlatanisme chez Heller, qui vient d'être de nouveau frappé par le même tribunal de douze jours d'emprisonnement.

L'obstination de ce maçon à faire de la médecine a mis en relief la personnalité d'Heller dans le département de la Vienne; il est devenu un maître sorcier pour lequel les esprits faibles ont une sorte de vénération respectueuse, et auquel rien ne manque plus, pas même l'auréole des persécutions judiciaires.

Les procédés de cet empirique sont assez curieux, et il est amusant de voir les panacées que lui a fournies la religion catholique. Le dernier procès les a mises en pleine lumière. C'est ainsi que la fièvre devait capituler devant cette formule mystique :

† Jésus passant † par le milieu d'eux s'en allait † or vous ne briserez point d'os d'ycelui † de l'acte de la sainte vierge Marie. .

Sur les plaies, Heller appliquait un parchemin portant cette prière :

Dieu saint † fort † et immortel et miséricordieux, mon Sauveur, ne permettez pas que nous soyons exposés à une mort † fâcheuse et cruelle ; souvenez-vous de cette société qui vous appartient de toute éternité.

Au dos de cette oraison deux cercles sont tracés : l'un renferme des caractères illisibles avec le portrait de Baptiste Heller ; l'autre, se reliant au premier, renferme les mots *Spiritus sanctus*.

Les invocations de la foi ne suffisent pas toujours pour dompter la maladie. Heller avait recours à des incantations cabalistiques, telles que celles-ci, dont le sens n'est pas à la portée du commun des mortels :

Anzilou-Aiouhn-el-Djenni-evrisja-el-Djeunoum-Anzilou-Bettakki-Na-Halapon-touhou-Aleikoum-Taricki-au-Anzilou-Tarichy-Tac-kech-Mabachi-Ambar-Indi-Kousembra-Djaou.

Certaines ordonnances médicales ne sont peut-être pas plus intelligibles pour le malade, mais elles sont au moins conformes au codex de la Faculté.

Heller n'en tuait pas moins quelquefois son client crédule. C'est même une mort de ce genre, et les soins prodigués par lui aux sieurs Roy, Mauxion et Morin, dans la commune de Saint-Aubin, qui ont déterminé les dernières poursuites dont il a été l'objet.

Son système de défense est du plus haut comique et révèle l'existence d'une Société médicale et pharmaceutique, dans laquelle Molière eût certainement trouvé tout une collection de Thomas Diafoirus et de Fleurants.

Baptiste Heller produit un diplôme lui donnant grade « d'*aide de santé* ou *garde-malade de mérite* ».

Ce diplôme, délivré par la *Société physiologique de médecine et de pharmacie*, est produit par l'accusé, avec une lettre du secrétaire général, un sieur Bernard, rendant hommage au « rare talent » du préopinant.

Le libellé de la carte délivrée à « l'aide de santé » fait suffisamment connaître l'étendue de ca capacité médicale :

J.-B. HELLER

A SAINT AUBIN

par Saint-Jean-de-Sauves (Vienne).

Aide santé ou garde-malade diplômé par la Société physiologique de médecine et de pharmacie, correspondant de la colonie de la santé au Mont-Valérien, près de la gare de Suresne (Seine), se rend près des malades en voie de traitement par la médecine naturelle des plantes, pour les conditions hygiéniques à leur faire observer, et pour surveiller l'administration domestique des médicaments prescrits par le médecin.

Une bien drôle invention que cette *colonie de sante*, œuvre du sieur Hureaux, professeur libre ! Les bienfaits sont tout au long consignés dans un prospectus alléchant qui débute ainsi :

CRÉATION UNIVERSITAIRE

De la Faculté libre de médecine domestique naturelle par la Société de l'Institut de l'émancipation humaine.
Considérations.

Mes travaux, qui embrassent quarante ans de la culture d'une science supérieure, valent aujourd'hui :

A notre corps, l'affranchissement de la maladie par la renaissance de l'art de guérir ;

A notre esprit, l'affranchissements des préjugés, par la raison devenue majeure ;

A notre cœur, l'affranchissement des vices de l'égoïsme par la connaissance de la loi suprême de l'humanité, etc.

Plus loin, un passage d'un intérêt plus terrestre :

Il n'y a point d'exagération peut-être à porter à mille le nombre de ces disciples diplômés de la reconnaissance de l'art médical; il est également bien permis d'admettre que chacun de ces mille praticiens, dévoués et approvisionnés en remèdes naturels par la colonie de la santé, en écoulera en moyenne pour 12,000 francs par an, d'où il résulte déjà pour la Société six millions de bénéfices annuels.

Mais ceci n'est rien : progressivement, c'est à 10,000 à 20,000 et au delà que s'élèvera le nombre des praticiens de la nouvelle école, répandus sur l'étendue de la France et du monde entier. On comprend qu'à ce moment fortuné ce ne sera plus à six millions que les bénéfices annuels de la Société s'élèveront, mais à des sommes bien plus considérables.

Heller s'est dévoué à cette « création universitaire ». Il procédait ainsi : après avoir interrogé les malades sur l'état de leurs fonctions en général, sur leurs maladies antérieures, sur leur maladie actuelle, il remplissait les blancs d'un formulaire mis à sa disposition par la colonie de santé.

Sur le vu de ce bulletin, la colonie, après avoir pris l'avis d'un médecin attaché à ses bureaux, expédiait au malade toute une collection de remèdes naturels, avec la manière de s'en servir.

Ces remèdes varient bien peu, si on en juge par les termes employés et qui reviennent sans cesse : poudre évacuative, plante-laxative, sève purgative, thé récorporatif et dragées déconstipantes.

L'Association des médecins de la Vienne, appelée par le parquet à examiner le caractère médical du diagnostic organisé par Heller, n'a pas hésité à voir là un acte de médecine. Aussi le tribunal de Loudun, sur le réquisitoire de M. le substitut Bourgueil et malgré la défense de M. Marsault, a condamné de nouveau Heller à douze jours de prison.

Et voilà où mène le diplôme de garde-malade de mérite

(*Courrier médical.*)

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 13 au 18 mars 1882.) — *Lundi*, 13. — Doctorat, 1er : MM. Guyon, Duplay et Cadiat. — 3e : MM. Baillon, Hanriot et Henninger. — 1er (officiers de santé) : MM. Béclard, Tillaux et Marchand. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Trélat et A. Ollivier.

Mardi, 14. — Doctorat, 2e : MM. Le Fort, Panas et Humbert. (*Epreuve pratique*) : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 4e : MM. Peter, Brouardel et Grancher. — 4e : MM. G. Sée, Jaccoud et Raymond.

Mercredi, 15. — Doctorat, 1er : MM. Duplay, Tillaux et Terrillon. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège

Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 3e : MM. Gariel, Hanriot et Bourgoin. — 2e (officiers de santé) : MM. Trélat, Charcot et Pinard.

Jeudi, 16 (Assemblée de la Faculté à 3 heures). — Doctorat, 1er : MM. Sappey, Le Fort et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e : MM. Ball, Peter et Berger. — 2e . MM. Lasègue, Hardy et Richelot.

Vendredi, 17. — Doctorat, 1er : MM. Béclard, Trélat et Cadiat. — 1er : MM. Duplay, Hayem et Ch. Richet. — 2e : MM. Verneuil, Vulpian et Straus. — 4e : MM. Bouchardat, Potain et Landouzy. — 5e (Charité) : MM. Charcot, Tillaux et Budin.

Samedi, 18. — Doctorat, 1er : MM. Richet, Sappey et Richelot. —1er : MM. Robin, Panas et Bouilly. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Laboulbène et Peyrot.

Samedi, 18. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour deux places de médecin du Bureau central.* — Les noms des juges du concours ont été tirés au sort dans l'ordre suivant : MM. Fournier, Gouraud, Tennesson, G. Sée, Charcot, Archambault, B. Anger.

Reconstruction de la Maternité. — M. le directeur de l'Assistance publique vient de soumettre à M. le préfet de la Seine un projet tendant à commencer les travaux de la reconstruction de la Maternité, dont la plupart des bâtiments menacent ruine. Les constructions de la Maternité sont les restes d'anciennes dépendances de l'abbaye de Port-Royal, qui fut supprimée en 1790, comme toutes les autres communautés religieuses. Sous la Terreur, elle reçut le nom de Port-Libre et fut convertie en prison. Un arrêté du Comité de salut public du 13 brumaire an IV en changea la destination et l'affecta aux enfants et nourrices alors placés au Val-de-Grâce.

Plus tard, elle devint la maison d'accouchement.

Les constructions qu'il s'agit aujourd'hui de remplacer, datent de plusieurs siècles et ne se soutiennent depuis plusieurs années qu'au moyen d'étais ; celles qui sont en bordure sur le boulevard de Port-Royal sont soumises à reculement et il y a nécessité pour l'administration de se mettre à l'alignement à très bref délai. D'un autre côté, les services affectés aux femmes en couches ne sont point aménagés suivant les données nouvelles de la science et leurs dispositions ne se prêtent pas aux transformations devenues nécessaires.

Déjà, en 1879, on évaluait les travaux de restauration à faire à la Maternité à 1 million, la situation s'est aggravée depuis, et le conseil de surveillance de l'Assistance publique a pensé qu'une reconstruction était préférable ; un plan d'ensemble, dont l'exécution est évaluée à trois millions et demi, a été dressé à cet effet, déterminant ceux des travaux dont l'exécution devra être entreprise en première ligne comme présentant un caractère particulier d'urgence.

Si le conseil municipal ratifie les propositions de l'Assistance publique il sera procédé d'abord a la construction des pavillons d'accouchement proprement dits.

Ils s'élèveraient du côté de l'avenue de l'Observatoire, et se composeraient de trois bâtiments distincts, reliés par de simples passerelles.

Au fond de la cour centrale sera installée l'école d'accouchement avec tous ses services, salles d'étude, amphithéâtre, musée, bibliothèque, etc.

La dépense occasionnée par ces travaux serait de 600,000 francs environ.

Quant aux autres parties de l'hôpital, elles ne seraient entreprises qu'après l'achèvement des premières, et au fur et à mesure des crédits disponibles.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Succr, imp. de la Faculté de médecine r. M.-le-Prince, 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 31 MARDI 14 MARS 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX

On s'abonne chez

DELAHAYE et E. LECROSNIER

Place l'École-de-Médecine PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS

UN AN

FRANCE........... 15 fr.

UNION POSTALE... 18 fr.

PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

dresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
es ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
n s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se con-
ue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29 Année. — Tome I. — N° 31. Mardi 14 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. LE DENTU.

Du pansement à l'iodoforme et de ses dangers.

(*Suite et fin*) (1).

J'arrive maintenant, Messieurs, aux véritables *dangers* de l'iodoforme. Je vous ai dit, en commençant cette clinique, que l'expérimentation avait fourni des résultats qui auraient dû faire prévoir les dangers de l'abus de ce médicament (2).

Humbert et Moretin donnent 0,50 centigr. d'iodoforme à un chien et produisent des nausées, des vomissements, de la diarrhée. Avec 1 gramme le chien est pris d'une sorte d'ivresse, puis d'accablement, sa démarche devient titubante. Enfin si on porte la dose à 3 et 4 grammes, on observe des phénomènes d'excitation générale du système nerveux, l'accélération du pouls, des convulsions, des contractures musculaires localisées, ou même une véritable contracture tétanique, puisque les observateurs notent l'opistothonos.

Franchini et Floucaud signalent, du reste, l'altération des globules sanguins, la dégénérescence graisseuse du foie, des reins, du pancréas, comme dans les cas d'empoisonnement par les substances minérales.

Les expériences de Bïng et de Högger sont venues confirmer les faits que je vous signale. Comme les premiers observateurs, ils ont reconnu les troubles cérébraux, les altérations du rhythme cardiaque pouvant aller jusqu'à la « paralysie du cœur », enfin les dégénérescences viscérales.

Tels sont les résultats obtenus chez les animaux par l'ingestion de l'iodoforme. A-t-on observé des phénomènes analogues chez l'homme? Eh bien oui, Messieurs, et si vous ouvrez quelques-uns des journaux allemands les plus récents, vous ne manquerez pas de trouver des faits se rapportant à la question qui nous occupe.

Schede, de Hambourg (3); Hœftmann, de Kœnisberg (4); König, de Göttingen (5), sont venus apporter des exemples assez nombreux,

(1) V. *France méd.*, no 30, p. 349.

(2) Parmi les auteurs qui ont les premiers donné les indications de l'iodoforme pulvérisé, nous avons omis de citer M. E. Besnier. Bull. gén. de thérapeutique, t. LXXIII, p. 551, an 1867.

(3) Zur Frage von der Iodoformvergiftung, par Max Schede, de Hambourg. — Centralblatt für chirurgie. 21 janvier 1882.

(4) Iodoformintoxikation. Hœftmann. Ibid., 18 février 1882.

(5) Die giftigen Wirkungen des Iodoform als Folge der Anwendung desselben an Wunden, par König, de Göttingen.— Ibid., 18 et 25 février 1882.

allant depuis des troubles légers jusqu'à la mort, et certains chirurgiens ont eu dans leur pratique des déboires tels qu'ils n'osent plus se servir du tout de cette substance,

Dans le mémoire de Schede, nous trouvons cette phrase caractéristique : « *L'enthousiasme initial s'en est allé en fumée.* »

Etudions maintenent la *nature* des accidents observés et pour cela permettèz-moi de vous donner une analyse succincte des principaux mémoires parus dans ces derniers temps.

Dans une première catégorie, Schede range les accidents *légers*, caractérisés par une élevation de température souvent considérable, mais de peu de durée. L'état général n'est guère troublé comme dans la fièvre aseptique (Volkmann). Les accidents plus sérieux sont marqués par un malaise général, l'abattement, la céphalalgie, l'inappétence, et ce goût d'iodoforme qui obsède les malades. L'auteur signale en outre une tristesse particulière, une tendance aux larmes qui semble être caractéristique du début des accidents ; enfin une accélération du pouls, qui devient petit, mou, dépressible. Dans d'autres cas, cette altération du pouls est considérable ; il bat 150, 180 à la minute, il devient impossible à compter, et, phénomène important à noter, la température ne s'élève pas ou presque pas. Il ne faudrait donc pas, ainsi que le fait remarquer König, s'en rapporter au thermomètre pour juger de la gravité de ces phénomènes ; l'accélération du pouls peut être le signe précurseur de l'empoisonnement grave.

Les symptômes de l'empoisonnement peuvent se présenter après la suppression du pansement. Tel est le cas, cité par Schede, d'un garçon à qui on avait fait l'extirpation d'un bubon : la mort survint une semaine après la suppression de l'iodoforme. Un fait analogue s'est produit dans son service après la résection du genou. Il semble donc qu'il y ait une sorte d'accumulation dont les effets toxiques peuvent se faire sentir plus ou moins longtemps après le début du pansement.

L'auteur cite deux autres cas dans lesquels on a observé du collapsus après le pansement à l'iodoforme ; mais il s'agissait d'opérations sérieuses, le pouls avait conservé toute sa force ; ces faits me semblent moins probants.

Les *phénomènes cérébraux* se présentent sous deux formes principales : la forme méningitique et la forme délirante.

C'est surtout chez les enfants qu'on a observé la forme méningitique, caractérisée par le coma, la contracture, l'inégalité pupillaire, la rapidité du pouls sans élévation notable de la température. Tel est le cas pour un enfant de 9 ans, opéré de la résection de la hanche : les accidents débutèrent trois semaines après l'opération ; la mort survint en quatres jours ; l'autopsie fut négative. Un autre cas analogue fut suivi de guérison.

Chez l'adulte, les troubles cérébraux ne sont pas moins curieux. Il existe tantôt de l'excitation, tantôt de la dépression, mais à un degré moindre que chez l'enfant. On observe surtout de l'angoisse, de l'agitation, les malades essayent de se débarrasser de leur pansement. Il peut y avoir un véritable délire lypémaniaque avec tendance au suicide; deux malades ont fait même des tentatives, l'un pour se pendre, l'autre pour se noyer. En résumé, Schede a observé 5 cas de troubles cérébraux : deux fois il y a eu de l'excitation cérébrale et trois fois une dépression profonde. Ces exemples pourront être discutés; ils me paraissent en relation bien étroite avec l'emploi de l'iodoforme.

Hœftmann, de Kœnigsberg, n'a observé que deux fois, sur mille malades traités par l'iodoforme, des accidents graves. Dans les deux cas il s'agissait d'opérations sur le péritoine (hernie, ovariotomie); l'iodoforme devait être employé porphyrisé. Il survint des accès de manie aiguë, avec élévation de température et rétention d'urine deux et trois jours après l'opération.

La statistique de Kœnig, de Göttingen, porte sur 32 cas dont 9 morts. Dans les formes légères il a observé, comme Schede, la rapidité et la petitesse du pouls, les troubles digestifs, enfin les troubles cérébraux, depuis cette mélancolie profonde, avec tendance aux larmes, jusqu'au délire maniaque.

Dans les cas suivis de mort, il donne l'observation d'un homme de 61 ans, opéré de résection du genou pour arthrite déformante; hémorrhagie pendant l'opération. Pansement avec 80 grammes d'iodoforme. Au neuvième jour agitation, le malade arrache son pansement, puis il tombe dans le coma et meurt onze jours après l'opération. Autopsie négative. Si on objecte l'âge du sujet, la possibilité d'altérations viscérales, l'hémorrhagie primitive, on peut répondre que les accidents dus aux altérations viscérales antérieures surviennent bien plus tôt et dans des conditions différentes. En effet, les symptômes dus aux altérations viscérales peuvent apparaître dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération; ils sont marqués par de la dépression et non par l'excitation cérébrale, notée dans l'empoisonnement iodoformique. La langue devient sèche, la température s'élève et les malades meurent bientôt avec des congestions viscérales.

Chez un homme de 70 ans, à qui on avait enlevé un séquestre du fémur, on panse avec 10 à 15 grammes d'iodoforme. Le malade reste huit jours sans fièvre, puis les phénomènes cérébraux apparaissent et la mort survient trois semaines après le début des accidents. Mais à l'autopsie on trouve les signes d'une méningite chronique, ce qui laisse quelques doutes.

Les trois exemples suivants paraissent plus démontstratifs. Femme de 69 ans, robuste pour son âge. Extirpation de la mamelle. Pansement iodoformique. Au dixième jour tentative de fuite, refus de nourriture,

agitation extrême, pas de fièvre. Emission involontaire d'urine et de matières. Signes d'œdème pulmonaire. Mort neuf jours après. Pas d'autopsie.

Homme de 61 ans. Amputation de la cuisse pour carie du fémur; couche peu épaisse d'iodoforme, gaze iodoformique. Ouate salicylique. 2e pansement : 25 grammes d'iodoforme. Hallucinations, refus de nourriture. Collapsus et mort quatre jours après le début des accidents.

Femme de 67 ans. Résection du coude. 10 à 15 grammes d'iodoforme. Mêmes accidents. Mort rapide. Je laisse de côté deux exemples trop douteux, l'autopsie ayant fait reconnaître dans un cas une pneumonie, dans l'autre un cœur graisseux.

Permettez-moi de vous citer encore quelques exemples étudiés chez les enfants.

Enfant de 5 ans. Abcès de coxalgie. La cavité est bourrée d'iodoforme, 60 grammes environ. Chute de la température. Tendance au sommeil, pendant six semaines. Transpirations profuses. Guérison.

Enfant de 6 ans. Abcès fétide de la hanche, raclage ; 20 grammes d'iodoforme. Vomissements et fièvre, apathie, tendance aux larmes, soif ardente. Miction difficile, urines sanglantes. Pouls petit, fréquent. Guérison au bout d'un mois.

Jeune fille de 15 ans. Résection de la hanche. Abcès de la partie interne de la cuisse pansé à l'iodoforme (30 grammes environ). Au deuxième jour vomissements, contracture des extrémités supérieures. Perte de connaissance. Pupilles contractées. Pouls, 120 à 150. Température, 36°. Contracture et convulsions des bras. Remplacement de l'iodoforme par le lister. Cependant après trois jours, élévation de température. Enfin mort deux mois après l'opération. A l'autopsie, anémie cérébrale ; Foie gras, reins gras, rate ferme.

Jeune homme de 14 ans. Résection de la hanche pour la coxalgie. Une cuillerée à café d'iodoforme. Le jour suivant frissons, abaissement de température. Vomissements, agitation, dyspnée, mort. A l'autopsie, reins amyloïdes ; il s'agissait probablement de l'urémie et non d'empoisonnement iodoformique.

Au résumé, sur 7 des malades de Kœnig, 5 paraissent avoir succombé aux accidents produits par l'iodoforme. Un seul enfant a succombé. Si nous ajoutons les 3 cas de Schede et les 2 de Hoeftmann nous obtenons un total de 11 cas à peu près certains d'empoisonnement suivi de mort. Si vous voulez bien vous reporter aux mémoires originaux que je viens d'analyser devant vous, vous remarquerez que je ne vous ai présenté que les cas qui m'ont paru les plus probants, repoussant systématiquement les observations douteuses. Les symptômes les plus caractéristiques ont toujours été marqués par l'excitation cérébrale, les troubles digestifs, enfin cette rapidité considé-

rable du pouls en désaccord avec le peu d'*élévation de la température.*

Dans quelles conditions se produisent les accidents? Il faut tenir compte de l'âge avancé des sujets. 11 fois les accidents se sont produits sur des sujets au-dessous de 35 ans ; 21 fois sur des sujets de 35 à 75 ans.

Les doses employées ont été ordinairement très fortes : 40 à 100 grammes pour chaque pansement. L'emploi de la poudre porphyrisée a été signalée comme dangereuse : la gaze iodoformique paraît plus inoffensive.

C'est toujours après l'emploi de l'iodoforme sur des plaies récentes, sur des surfaces cruentées, que l'on a vu survenir les accidents. Enfin l'apparition a toujours été tardive, et la cessation du pansement n'a pas mis fin aux accidents ; il paraît se faire une accumulation de l'iodoforme, puis les phénomènes surviennent brusquement, sans avant-coureurs et malheureusement trop tard pour écarter la substance toxique.

A la fin de son mémoire, König arrive aux conclusions suivantes : « Sans partager la frayeur de certains chirurgiens, il n'est plus permis de recommander l'iodoforme comme antiseptique général dans « les grandes blessures ou à la suite des opérations. Pour les lésions « tuberculeuses, tant qu'on n'aura pas trouvé un succédané de l'iodo- « forme, il sera impossible de renoncer à son emploi dans cette ma- « ladie. »

Voilà, Messieurs, tout ce qui reste des espérances exagérées que les chirurgiens allemands avaient fondées sur ce nouveau mode de pansement. Je n'ajouterai qu'un mot aux conclusions que je viens de citer. La chirurgie et la médecine françaises avaient fixé depuis longtemps les limites de l'emploi de l'iodoforme. Faisons notre profit de l'expérimentation follement imprudente que viennent de faire nos voisins et continuons à considérer l'iodoforme comme un moyen exceptionnel, excellent dans les cas de plaies atones, fongueuses, inutile et dangereux en applications trop larges et sur des plaies récentes.

Endocardite diabétique (1).

Par M. Lecorché.

Les inflammations multiples qui se manifestent si souvent dans le cours du diabète ne laissent aucun doute sur la tendance qu'a cette affection à produire chez les individus qui en sont atteints un état diathésique inflammatoire. Mais ces inflammations ne se localisent

(1) Communication à l'Académie des Sciences.

pas seulement à la peau, au tube digestif, aux reins ou aux poumons: elle peuvent intéresser d'autres organes. Récemment, nous avons signalé à l'Académie de médecine (séance de décembre 1881), comme une des complications assez fréquentes du diabète, la *cirrhose atrophique du foie*. Aujourd'hui nous voulons attirer l'attention sur l'*endocardite*.

L'endocardite diabétique, que nous avons observée plusieurs fois, paraît se montrer plus souvent chez la femme que chez l'homme (huit fois sur quatorze). Nous ne l'avons rencontrée qu'à l'état chronique et seulement dans le cas de diabète à forme subaiguë ou chronique.

Elle n'apparaît qu'à une époque avancée de cette maladie, deux ou trois ans et même plus après son début. C'est moins l'intensité de la glycosurie que sa longue durée qui semble en favoriser l'apparition.

Elle se localise au niveau de l'orifice mitral. Nous ne l'avons vue qu'une seule fois siéger au niveau de l'orifice aortique.

Elle traduit son existence par un bruit de souffle au prèmier temps et à la pointe du cœur, par l'irrégularité et l'intermittence du pouls.

Elle s'accompagne parfois de dégénérescence athéromateuse des artères (deux fois sur quatorze).

Elle précipite la marche du diabète et entraîne souvent la mort, soit en provoquant un œdème plus ou moins généralisé, de l'ascite, soit en se compliquant elle-même d'hépatite aiguë.

Elle paraît être due à l'irritation que produit sur la membrane interne du cœur le contact prolongé d'un sang altéré par la présence du sucre en excès.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

—

Séance du 10 *mars* 1882. — *Présidence de MM.* MILLARD et DUJARDIN-BEAUMETZ.

A propos du procès-verbal :

M. Woillez. Je regrette de n'avoir pu assister aux séances dans lesquelles M. Grancher a fait sa communication sur le tympanisme sous-claviculaire dans les épanchements pleuraux.

M. Grancher m'a attribué une opinion qui ne m'appartient pas. Parmi les cinq types de sonorité sous-claviculaire que j'ai exposés dans mon traité d'auscultation, il y en a qui ne sont pas tympaniques et il y en a précisément un que M. Grancher considère comme tympanique et qui ne l'est pas. Je reviendrai d'ailleurs sur cette question et sur le diagnostic de la tuberculose chez les pleurétiques, quand le travail de M. Grancher sera entièrement publié.

Purpura chez une phthisique. — *M. Du Casal* a eu l'occasion d'observer une variété singulière de purpura chez une jeune fille tuberculeuse et fille de tuberculeuse. Ce purpura présente une teinte violacée dans la journée ; le soir, il devient écarlate et très douloureux en s'accompagnant de gonflement. Ces accidents se manifestent tous les jours, depuis trois mois, entre 7 heures 1/2 et 8 heures. Aucune médication n'a réussi à les faire disparaître. Il est remarquable que la toux et la dyspnée dont cette malade a été atteinte ont cédé avec l'apparition de ce purpura. Depuis quelques jours le purpura s'est amendé considérablement et les crises de dyspnée ont reparu.

Accidents de la thoracentèse. — *M. Debove* fait une communicatin sur un cas de pleurésie putride et d'hydropneumothorax spontané développés à la suite de la thoracentèse.

Un vieillard assez faible, hémiplégique, soigné à l'infirmerie de Bicêtre, présenta, à la fin de juin, de la fièvre ; on constata un épanchement pleurétique. La thoracentèse fut pratiquée, et on retira un litre de liquide. Mais la fièvre s'alluma plus vive dans la journée, l'épanchement augmenta les jours suivants et se compliqua de pneumothorax. M. Debove fit de nouveau la thoracentèse, retira un liquide très fétide et rempli d'organismes inférieurs. Le malade mourut. A l'autopsie, on trouva un épanchement liquide et du gaz, sans aucune perforation pulmonaire.

M. Debove suppose que les germes développés dans la plèvre ont été introduits par le trocart avec la première ponction.

Cependant le trocart avait été bien nettoyé et flambé.

M. Debove a trouvé une observation semblable dans Niemeyer. Niemeyer voulut faire un lavage de la plèvre à l'eau chaude. A la suite de la thoracentèse on vit se développer un pneumothorax.

Il y a par conséquent un danger considérable à introduire des germes dans la plèvre.

Comment faut-il donc nettoyer ses instruments? L'eau est insuffisante. L'acide phénique est préférable ; mais il est assez difficile de laver complètement un appareil de thoracenthèse. Le flambage est aussi usité ; mais on ne peut flamber que la pointe du trocart.

Il semble à M. Debove que le procédé le meilleur de détruire tous les germes est de porter l'appareil tout entier à une température élevée.

M. Debove a fait construire à cet effet, par M. Mathieu, une étuve dans laquelle il plonge le trocart et les tuyaux de caoutchouc et qu'il porte à une température de 140°.

Il a imaginé aussi des petites valvules qu'il place dans les tuyaux et qui sont destinées à obvier au reflux du liquide de l'appareil dans la plèvre.

M. Grancher demande à répondre à M. Woillez à propos de la

rectification que celui-ci a faite au commencement de la séance. M. Grancher se rend à la réclamation de M. Woillez et fera droit à sa demande de rectification.

Il fait remarquer néanmoins que tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la limitation du tympanisme ; pour sa part, il a pris le terme de tympanisme dans son sens le plus large, comme désignant toutes les hypersonorités sous-claviculaires et c'est dans ce sens qu'il a cité les cinq variétés décrites par M. Woillez. Tout en acceptant très volontiers la rectification de M. Woillez, il explique que, dans sa pensée, le tympanisme a une signification plus large que certains auteurs ne l'ont admise.

Herpès buccal gangréneux. — *M. Hallopeau* fait une communication sur un cas d'herpès phlycténoïde buccal et pharyngé suivi de gangrène.

Il s'agit d'une jeune femme qui fut atteinte sur la face et sur la muqueuse buccale d'herpès bulleux avec phénomènes généraux très graves : diarrhée, état typhoïde, albumine rétractile dans les urines, etc.

La malade mourut. A l'autopsie on trouva, dans le pharynx, des ulcérations gangréneuses que M. Hallopeau rattache à une éruption herpétique développée sur la muqueuse pharyngée et qu'il considère comme de même nature que l'herpès de la face.

Quant à l'interprétation des accidents généraux, M. Hallopeau pense qu'ils sont consécutifs à l'herpès et à la gangrène et qu'il ne s'agit pas, comme on pourrait le croire, d'une fièvre herpétique.

Cancer du foie et pyléphlébite suppurée. — *M. Sevestre* présente les pièces anatomiques d'un malade mort de *cancer du foie.*

Les symptômes étaient ceux d'une cirrhose ; ascite, dilatation veineuse, urines acajou, etc.

L'ascite devint tellement abondante qu'il fallut pratiquer la paracentèse abdominale.

Le malade mourut trois jours après la ponction, et on trouva, à l'autopsie, une pyléphlébite suppurée consécutive à un cancer du foie ; c'est ce qui résulte de l'examen microscopique pratiqué par M. Gombault.

La séance est levée à 4 h. 40. Ern. Gaucher.

CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER

ÉDIMBOURG. — Bien que plusieurs semaines nous séparent déjà de la date de la mort de Sir Robert Christison, j'estime que la disparition de l'homme éminent qui a occupé une place si marquante, parmi les illustrations médicales de l'Ecosse, mérite plus qu'une

mple mention et peut être l'occasion légitime d'une esquisse biograiique.

Après de brillantes études universitaires, dont le couronnement fut ne thèse justement remarquée et ayant pour titre «*Febre continua*» hristison, avide, comme tout esprit d'élite, de contrôler les notions ıpidement acquises, par une fréquentation assidue des grandes :oles, vint successivement à Londres et à Paris. Dans cette dernière ille, il s'occupa plus spécialement des sciences physico-chimiques ers lesquelles il s'était toujours senti vivement attiré et eut pour ıaitres des hommes tels que Robiquet, Vauquelin, Thénard, Orfila. e jeune savant semblait oublier volontiers, dans son empressement suivre ces cours célèbres où il récoltait si largement, l'Université e laquelle il était sorti ; celle-ci, en revanche, n'avait point perdu de ue son pupille. En effet, c'est loin de sa ville natale, c'est dans ce ıboratoire d'Orfila où s'écoulait la plus grande partie de son temps ue lui parvint la nouvelle de sa nomination de professeur de jurisrudence médicale, chaire qui venait d'être créée à l'Université l'Edimbourg. Il n'avait alors que 25 ans.

On devine sans peine quelle tâche malaisée pouvait être que d'inaugurer un tel enseignement, il y a 60 ans. Il est bien permis d'avancer que cette science n'existait pour ainsi dire pas à l'époque où Christison prit possession de sa chaire, et cela est surtout vrai pour les les Britanniques, attendu qu'aucun traité sur la matière n'avait été publié en langue anglaise. Il fallut donc rassembler les notions éparses, es coordonner, et créer de toutes pièces un programme de cours. Le ıouveau professeur ne fut du reste pas au-dessous de cette difficile ıission et les élèves, d'abord peu nombreux, ne tardèrent pas à enir en foule aux brillantes leçons de Christison, à qui il n'est que uste d'attribuer une très grande partie des progrès réalisés dans cet rdre de questions, en Ecosse.

En 1829, il fit paraitre la 1re édition de son *Traité sur les poisons* uvrage de première importance auquel les nombreuses découvertes ccomplies depuis sa publication n'ont point enlevé toute valeur. rois ans plus tard il échangeait la chaire de jurisprudence médicale ontre celle de pharmacologie et matière médicale. Ce qui prouve, oit dit en passant, que cette grosse question de la permutation qui a gité et agite encore, si je ne me trompe, votre Faculté, était affaire ourante, il y a 50 ans, à l'université d'Edimbourg. Avait-on à compter, en ce temps-là, avec un in veto ministériel ? C'est peu probable. oujours est-il que Christison fut assez stable dans sa nouvelle chaire, u'il n'abandonna qu'après 55 ans d'exercice. Je ne sache pas qu'il xiste beaucoup d'exemples de semblable longévité professorale.

Il se montra dans ces fonctions, pour lesquelles ses aptitudes et ses tudes spéciales le désignaient si bien, chercheur infatigable, expé-

rimentateur habile autant qu'audacieux. On a souvent cité de lui ce fait qu'il s'empoisonnait parfois aux trois quarts pour juger du degré d'action des substances toxiques.

En raison même de sa situation de professeur de matière médicale, il était appelé comme expert dans les grandes circonstances et son nom fut mêlé à la plupart de ces procès retentissants qu'il est convenu d'appeler des *causes* célèbres. Ses déclarations furent d'un grand secours pour guider les magistrats dont la confiance lui était acquise sans réserve.

On doit à Christison : des *Commentaires thérapeutiques*, où l'on retrouve ses qualités maitresses : la netteté et la concision; l'article *Poison*, de l'Encyclopépie britannique, revue où il a également tracé des travaux et de la vie d'Orfila un tableau remarquable. En outre, son important mémoire intitulé « Granular degenerative of the kidney » le place parmi les auteurs qui ont le plus contribué aux recherches sur la pathologie rénale.

A plusieurs reprises, il fut élu membre du Collège royal des médecins et de la Société royale d'Edimbourg et admis à représenter l'Ecosse au sein du General medical Council. En 1871, sur les instances de M. Gladstone qui s'était d'abord heurté à une grande résistance de sa part, le titre de *baronnet* lui fut conféré.

Dans un bulletin nécrologique comme celui-ci, peut assurément trouver place le récit de la manifestation comico-funèbre dont la ville de Belfast a été le théâtre, ces jours-ci, à l'occasion de la suppression de l'*Université de la reine*; tel est le nom de la défunte qu'on a portée en terre avec tous les honneurs dus aux grands services rendus. Et quand je dis : « portée en terre », ce n'est point là une pure figure de rhétorique ; qu'on en juge. Les étudiants de ladite ville, désireux de témoigner les regrets que leur causait cette mesure, inopportune, à leur avis, jugèrent à propos de traduire leurs sentiments de la façon suivante. Tout fut préparé pour le simulacre imposant de grandes funérailles et je ne répondrais pas qu'on ne fit pas vendre dans les rues le programme indiquant l'ordre et la marche du convoi. Derrière le corbillard, orné comme il convient, venaient les étudiants en longue file, vêtus pour la circonstance de longs habits de deuil et avec tous les dehors de la tristesse la plus profonde. Arrivé devant Queen's college, le cortège se massa autour de la fosse creusée pour recevoir le cercueil. Avant de confier à la terre ce qui était censé représenter les dépouilles mortelles, l'assistance écouta dans un recueillement solennel, un discours très bien senti où les vertus de la défunte étaient longuement retracées. Après quoi, la musique jouant une marche funèbre, la bière fut descendue dans la fosse La chronique ne dit pas si cette tombe sera l'objet d'un pèlerinage suivi.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 6 au 11 mars 1882.

FABRE. Des battements du cœur. — ROBERT. Contribution à l'étude de la rétention d'urine chez les nouvelles accouchées envisagée surtout au point de vue de ses causes. — ORTEGA. Contribution à l'étude de l'ablation des tumeurs de la région inguino-crurale. — LAMOUREUX. Essai sur l'hygiène du rhumatisme articulaire aigu. — COT. Les eaux de Lamalou et l'ataxie locomotrice. — CHARVY. Essai sur la périostite phlegmoneuse diffuse et son traitement. — SEGRESTAN. Considérations sur la tuberculose aiguë secondaire. — AUSSOURD. De l'élévation de la température dans les néoplasmes et en particulier dans le cancer du foie. — CHAMEROY. Traitement des abcès froids tuberculeux des parties molles, par le drainage et les antiseptiques. — DUPONT. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations carboniques. — YVON. De l'ankylose de la rotule. — NAUDET. Des périostoses crâniennes dans la période secondaire de la syphilis.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le prosectorat.* — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le mercredi 22 mars 1882, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté de 10 heures à 4 heures, tous les jours, du lundi 6 mars au samedi 18 mars. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le premier octobre 1882 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1886. — Pour tous autres renseignements, consulter le règlement, soit à la Faculté, soit à l'Ecole pratique.

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — M. le Dr Pinet est nommé préparateur du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, en remplacement de M. Bochefontaine, nommé chef de laboratoire.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BORDEAUX. — Un concours pour deux places d'interne en médecine, à l'asile public d'aliénés de Bordeaux, s'ouvrira dans cette ville, le 10 juillet 1882, à midi précis, à l'Institut anatomique de Saint-Côme, rue Lalande.

Les candidats devront se faire inscrire à l'asile, 145, cours Saint-Jean, bureau de la direction. Le registre restera ouvert tous les jours de une heure à quatre heures, du 1er au 25 juin inclusivement.

SOCIÉTÉ DE GÉOGRAPHIE. — La Société de géographie a décerné dans sa dernière séance : 1° une grande médaille d'or à M. le Dr Lenz pour sa traversée de l'Afrique et son voyage à Tombouctou : le prix Logerot à M. le Dr Montano pour son voyage à Souloung et à Mindanao.

MISSION SCIENTIFIQUE. — Le gouvernement français vient de déléguer en mission à Djeddah M. le Dr Taieb-Ould-Morsly. Comme musulman,

notre jeune confrère, qui a fait une partie de ses études à Alger, pourra pénétrer à la Mecque, et aura ainsi toute facilité pour renseigner le gouvernement sur l'état sanitaire d'une région toujours inaccessible aux Roumis.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. le Dr Ch. Monod commencera ce cours le mardi 2 mars, à 5 heures (petit amphithéâtre) et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. M. Monod traitera des *affections chirurgicales de la face, de la bouche et du cou.*

COURS COMPLÉMENTAIRE D'ACCOUCHEMENT. — M. Charpentier, agrégé, commencera son cours pour les élèves sages-femmes le mardi 21 mars 1882, à midi, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

NÉCROLOGIE.—M. le Dr BROC, médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), vient de mourir à Paris à l'âge de 46 ans. Il a succombé aux progrès d'une affection cérébrale à marche très rapide, qui, depuis trois mois à peine, le tenait éloigné de son service. — M. le Dr CROUET, ancien interne des hôpitaux de Paris, est mort dernièrement à Routot.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 3 *au* 10 *mars* 1882. — Fièvre typhoïde, S. — Variole, 15. — Rougeole, 39. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 62. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 12. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 79. — Phthisie pulmonaire, 230. — Autres tuberculoses, 20. — Autres affections générales, 86.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 79.

Bronchite aiguë, 56. — Pneumonie, 120. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 52; au sein et mixte, 35; inconnu, 5. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 118; l'appareil circulatoire, 66; l'appareil respiratoire, 88; l'appareil digestif, 49; l'appareil génito-urinaire, 34; la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 45. — Causes non classées, 7. — Nombres absolus de la semaine, 1.363.

Résultats de la semaine précédente : 1.337.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, *rue Hautefeuille.*

Précis de petite chirurgie et de chirurgie d'urgence, par le Dr A BERGERON, ancien interne des hôpitaux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris à l'hôpital de la Charité. 1 vol. in-18 jésus de 436 pages, avec 374 figures. 5 fr.

Librairie ASSELIN, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Le progrès en médecine par l'expérimentation. Leçons de pathologie comparée faites au Muséum d'histoire naturelle (1880-1881), par H. BOULEY, membre de l'Institut. 1 volume in-8° de 700 pages. Prix, 12 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

GT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 32 JEUDI 16 MARS 1882

LA

RANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

UREAUX
n s'abonne chez
[illegible] et E. LECROSNIER
Place
École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se con-
auf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 32. Jeudi 16 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, *le* 15 *mars* 1882.

L'émotion causée dans le monde chirurgical par les paroles pro-
ioncées récemment par M. Gosselin : « Le chloroforme bien admi-
iistré, même légèrement impur, ne tue jamais », cette émotion est
oin d'être calmée. Au moins nous a-t-elle valu hier deux beaux dis-
:ours à l'Académie. Dans une harangue des plus éloquentes, où il a
nontré ses grandes qualités d'orateur, M. Trélat a tenu pendant une
lemi-heure l'Académie sous le charme de sa parole ; ce discours a été
ivement applaudi. Le discours de M. Le Fort n'est pas moins con-
luant. M. Le Fort a surtout recherché les faits, les statistiques, il a
appelé que des chirurgiens qui, pendant plus de trente ans, n'avaient
ıas perdu un seul malade par le chloroforme, avaient vu ce malheur
eur arriver à la fin de leur carrière, et il a montré que dans 19 cas
es malades sont morts avant d'avoir respiré deux grammes de chloro-
orme, la dose initiale de M. Gosselin.

M. Gosselin a demandé à prendre le premier la parole dans la
séance prochaine.

'neumonie franche aiguë accompagnée d'herpès aigus multiples (herpès de la gorge, du nez, de la paroi thoracique, d'un doigt, des parties génitales),

Par M. le Dr Fernet,
Agrégé de la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Beaujon.

Il y a quelques années, j'ai soumis à la Société clinique des idées
r la nature et la pathogénie de la pneumonie franche aiguë qui se
sumaient dans la proposition suivante : La pneumonie franche ai-
ë est un herpès du poumon et cet herpès est un trouble trophique
acé sous la dépendance d'une lésion irritative du nerf pneumo-gas-
que.

Depuis cette époque, les nombreux cas de pneumonie aiguë que
i observés et suivis avec attention m'ont fait persister dans ma
ıière de voir.

Mais je n'ai pas l'intention de rentrer aujourd'hui dans la discus-
n générale et de revenir sur les arguments qui me paraissent pou-
r être invoqués en faveur de cette théorie ; je voudrais seulement
peler l'attention sur un de ces arguments, à savoir sur la fré-
ente coïncidence avec la pneumonie d'éruptions d'herpès siégeant

en d'autres parties du corps, et citer un fait que j'ai récemment observé et qui est tout à fait remarquable sous ce rapport.

Rien de plus commun que le développement, dans le cours de la pneumonie, d'un herpès naso-labial; cette coïcidence est si ordinaire que l'herpès naso-labial devient un signe diagnostique de la maladie. Dans un autre travail, j'ai cherché à établir que c'était à tort qu'on l'avait considéré comme un phénomène critique et qu'en réalité il paraît être une manifestation locale analogue ou semblable à celle qui constitue la pneumonie.

L'apparition d'herpès en d'autres parties du corps et dans les mêmes conditions, sans être exceptionnelle, est cependant plus rare. Ainsi, on rencontre quelquefois, en même temps que la pneumonie, l'herpès conjonctival, l'herpès guttural, l'herpès des parties génitales; il y a quelques années, on m'a signalé, dans le service d'un de mes collègues de l'hôpital Saint-Antoine, la coexistence chez un malade d'une pneumonie et d'un zona de la paroi thoracique du même côté.

Ce développement simultané d'une pneumonie et d'herpès en différents points du corps ne me paraît pas être une simple curiosité pathologique; son intérêt est plus haut, si l'on veut bien y voir la coexistence de maladies semblables ou identiques sous l'influence de la même cause; alors ces herpès, directement visibles, deviennent comme l'étiquette extérieure de la maladie interne et ils *en éclairent* la nature; là est leur valeur clinique et nosologique.

L'observation suivante est, au point de vue que je viens d'indiquer, la plus curieuse que j'aie eu jusqu'ici l'occasion de rencontrer.

Mme D..., âgée de 32 ans, me fit appeler le 5 janvier. Malade et alitée depuis deux jours, elle avait été prise brusquement d'un frisson intense et prolongé, suivi de céphalalgie violente, de courbature générale, puis de mal de gorge et d'un point de côté sous le sein droit.

A mon premier examen, je constate une angine et une pneumonie du côté droit. L'angine est très intense, la déglutition extrêmement pénible, accompagnée de douleurs vives dans l'oreille droite; l'examen de la gorge montre un éruption très abondante de tâches blanchâtres sur l'amygdale droite et sur les piliers du même côté; ces tâches, légèrement saillantes, quoique peu nombreuses, sont cependant discrètes, séparées les unes des autres par des intervalles où l'on voit la muqueuse très rouge. La pneumonie, caractérisée surtout par du râle sous-crépitant, occupe la base de la poitrine du côté droit et semble étendue à tout le lobe inférieur droit. La fièvre est vive et paraît avoir été continue depuis le frisson initial.

Les circonstances qui ont causé la maladie sont ici assez nettes pour mériter d'être signalées. La veille du jour où cette dame est tombée malade, elle était allée au théâtre; et comme elle souffrait de l'estomac elle avait été obligée d'ouvrir sa robe; elle avait, pendant toute la représentation, gardé son manteau de fourrure et avait éprouvé une chaleur excessive. A la sortie du théâtre, elle sentit tant de satisfaction à respirer l'air frais qu'elle refusa de monter en voiture et voulut rentrer chez elle à pied; mais elle ne tarda pas à être saisie par le froid qui était très vif et à se sentir glacée. Cependant elle ne ressentit rien pendant la nuit et put même sortir le lendemain, mais pendant cette sortie, elle éprouva encore du froid, et, le soir même éclatait le frisson.

Je me contentai de prescrire un traitement simple et un régime léger.

Au troisième jour de la maladie, l'angine avait encore augmenté, en ce sens que l'éruption occupait les deux amygdales, les piliers et même plusieurs points du voile du palais et de la luette. La pneumonie suivait son cours; il y avait des crachats caractéristiques.

Ce jour-là et le lendemain apparurent successivement quelques vésicules d'herpès sur la narine droite, un zona de la paroi thoracique caractérisé par une douleur névralgique sur le trajet du huitième nerf intercostal droit et quatre ou cinq petites vésicules d'herpès sur le même trajet à la partie antérieure de la poitrine, un herpès occupant la dernière phalange du doigt médius de la main gauche, et enfin une éruption aux parties génitales externes que je ne constatai pas directement, mais qui fut sans doute de même nature, car elle suivit exactement le cours des éruptions qui viennent d'être mentionnées.

Les jours suivants, l'angine s'améliora la première; la pneumonie présenta sa marche habituelle, la fièvre persista d'une seule tenue jusqu'à la fin du sixième jour. Alors survint pendant la nuit une crise caractérisée par une sueur très abondante et par une chute brusque de la température. A partir de ce moment, l'état général fut satisfaisant, l'angine céda promptement, la résolution de la pneumonie se fit progressivement et les croûtes des différents herpès cutanés tombèrent au bout d'une huitaine de jours après la crise. La convalescence ne fut entravée par aucun incident, et dans les premiers jours de février, la malade était capable de se rendre à Cannes pour achever de se rétablir.

Je ne ferai qu'une seule réflexion après l'exposé succinct de cette observation, et elle sera la conclusion de cette note: N'est-il pas naturel d'admettre que toutes les manifestations qui se sont montrées sous l'influence d'une seule et même cause ont été de même nature, que la pneumonie a été ici un herpès du poumon, comme l'angine

a été un herpès de la gorge, en même temps que la narine droite, la paroi thoracique, un doigt et les parties génitales ont été le siège d'éruptions d'herpès disséminé?

THÉRAPEUTIQUE

CONSIDÉRATIONS SUR QUELQES FORMES DE LA DYSPEPSIE, par le Dr F. *Audhoui*. — I. — Plus j'étudie la dyspepsie et plus je trouve fréquente la dilatation d'estomac. Je la cherche chez tout sujet qui digère mal, et presque toujours je la découvre avec son signe habituel, le *clapotage*, indice de l'affaiblissement de la sensibilité gastrique et de la paralysie de la tunique musculeuse.

Cette dilatation a des degrés variés : tantôt elle est légère et immédiatement dépendante de la gastrite, alors on peut la guérir ; tantôt elle est au-dessus de toute mesure et sans proportion avec le degré de la phlegmasie, et, dans ce cas, formant une lésion propre, elle ne guérit guère ou ne guérit point. L'amélioration obtenue par l'irrigation de l'estomac est passagère; en effet, et si l'on suspend les lavages, les désordres de la digestion apparaissent de nouveau.

La première espèce de dilatation, considérée dans son moindre degré, guérit bien sans lavage par l'emploi d'un régime approprié, l'éloignement des causes qui entretiennent la gastrite et l'usage des eaux minérales naturelles bicarbonatées sodiques bues à leur source. A un degré plus marqué de dilatation, il est bon de joindre au traitement de la gastrite le nettoiement de l'organe et l'excitation de ses forces sensitives et musculaires au moyen de la sonde gastrique à double courant.

Cette excitation, que provoque le jet d'eau formé par ma sonde, mérite une attention principale, car, dans plusieurs cas où l'estomac était sensiblement propre et où le lavage était inutile, j'ai vu l'application de la sonde gastrique à double courant produire un accroissement de l'appétit et des forces comparable à celui qu'on obtient au moyen des affusions et des douches d'eau froide.

La gastrite, habituellement lente et chronique, qui cause la dilatation d'estomac, est souvent avec une nuance d'irritation et de fièvre. Il y existe un sentiment de chaleur localisée à la région de l'épigastre, de la soif, une peau chaude et aride. Les tempérants rafraîchissants conviennent bien à ces cas; mais, s'il y a conjointement une anémie dominante, l'indication est moins simple et la dyspepsie appelle les martiaux.

II. — A mon sens, il n'y a que deux espèces de compositions martiales positivement utiles : *la limaille de fer porphyrisée* qui subit un certain degré d'oxydation dans les pilules qu'on en forme et les *eaux minérales naturelles, bicarbonatées ferrugineuses*, parmi lesquelles

se distinguent, entre toutes, les eaux d'Orezza. Dans ce dernier remède, nous trouvons, il est vrai, quelque chose de plus que dans la limaille de fer porphyrisée : c'est l'action de l'eau gazeuse, de l'eau chargée de quelques principes salins et d'acide carbonique ; mais j'observe que cette action est en harmonie avec celle du fer : toutes les deux sont stomachiques ; seulement l'eau d'Orezza sera plus stomachique que le fer avec une nuance d'action tempérante et rafraîchissante qu'il ne faut point négliger dans l'effet total, considéré par rapport aux affections irritatives de l'estomac.

J'insiste sur cette action tempérante et rafraîchissante des eaux d'Orezza qui permet d'appliquer les martiaux à la cure des états anémiques devenus essentiels, qui sont compliqués avec de l'inflammation gastrique et un état fébrile léger.

Telle est la nature de l'action médicinale des eaux d'Orezza, nature complexe qui range ce remède parmi les tempérants et parmi les excitants tout ensemble, les tempérants étant des agents qui ralentissent la circulation du sang, qui la régularisent, qui la maintiennent dans un degré modéré, et les excitants, de ces moyens qui excitent, surexcitent et soutiennent l'action d'un organe ou l'action du système entier.

On voit, tout de suite, les applications nouvelles que je fais des eaux minérales naturelles acidules et ferrugineuses à la curation de la dyspepsie, et comment je les applique à certains états anémiques causés par la lésion des fonctions digestives, mais devenus essentiels ; ce sont les *anémies stomacales* qu'on peut supprimer sans doute, en guérissant la dyspepsie, lorsqu'elles sont purement symptomatiques, mais qu'il faut attaquer directement avec des compositions martiales appropriées, lorsque certaines circonstances accidentelles ou de tempérament les ont rendues indépendantes.

Si vous considérez maintenant, dans l'eau d'Orezza, le principe ferrugineux, abstraction faite de l'eau et des gaz, vous y trouverez en dissolution *cent vingt-huit milligrammes de carbonate de fer*, proportion qui suffit à placer cette eau naturelle au premier rang des ferrugineuses, et qui explique les effets excitants, toniques, stomachiques et hématosiques qu'elle provoque lorsqu'elle est donnée à propos.

Tous les médecins connaissent l'action des martiaux et leur application à la cure des *anémies*. Je n'ai pas à rappeler les travaux entrepris dans ces derniers temps sur le sang des personnes soumises à l'action du fer. Ces recherches ont conduit à des découvertes que je crois fort intéressantes, mais qui sont assez inutiles à la médecine pratique, où doit suffire l'aphorisme de P.-J. Barthez : « Les martiaux engendrent une pléthore relative en régénérant la partie rouge du sang. »

Et, en effet, sous l'influence des compositions martiales, limaille de fer porphyrisée, eau d'Orezza, par exemple, la quantité de matière colorante assimilée dans les hématies s'accroît, chaque globule rouge contient une quantité plus forte de fer. C'est un fait démontré à nouveau par les observations des micrographes, et cette accumulation du fer dans les hématies a l'influence la plus étendue.

En traversant les poumons, les globules rouges, surchargés de fer, fixent une quantité plus élevée d'oxygène.

Le sang artériel, très oxygéné, surexcite l'activité nutritive altérante dans toutes les parties de l'organisme.

La coagulabilité des humeurs augmente; le sang, hors des vaisseaux, se coagule promptement et forme un caillot plus volumineux, plus lourd et plus résistant.

Enfin, cette surexcitation de l'activité nutritive altérante que produit le fer accumulé dans les hématies est favorisée et complétée par l'excitation qu'introduit, dans les fonctions digestives, le principe ferrugineux en agissant directement sur la muqueuse de l'estomac et des intestins.

Cette action excitante varie sans doute d'intensité avec les doses; mais, d'une façon générale, on peut dire qu'elle est plus forte, plus voisine de l'irritation, avec la limaille de fer porphyrisée, plus douce, plus stomachique et sans irritation sensible avec les eaux minérales naturelles acidules et ferrugineuses, dont le type est l'eau d'Orezza.

III. — Mais revenons au lavage de l'estomac. Ce lavage n'a pas seulement pour but de vider le contenu de la cavité gastrique; avant tout, il me semble destiné à mettre la muqueuse en état de recevoir l'impression des aliments, et c'est dans cette vue que j'ai formulé de la façon suivante le régime qui convient au nettoiement de l'estomac par le lavage :

Dans les états morbides qui nécessitent le lavage de l'estomac, on ne doit donner la nourriture qu'après nettoiement complet de l'organe: cette règle ne souffre aucune exception. Ainsi, l'opération terminée et après quelques instants de repos, le malade prendra son repas.

Lorsque le patient, quoique non guéri encore, est revenu au genre de vie ordinaire, il peut lui être déplaisant de passer immédiatement de l'irrigation à la table ; je donne alors, aussitôt après le lavage, une tasse de lait ou de bouillon, un œuf à la coque en attendant le déjeuner.

L'alimentation sera éminemment réparatrice et les aliments de petit volume. Ici conviennent admirablement l'eau albumineuse aromatisée, la purée de bœuf et autres préparation culinaires du même genre, surtout dans la première période du traitement.

Les aliments contiendront le plus possible des matières chymifiables, et le moins possible de sucre, de fécule et de corps gras, qui, n'étant

digérés que dans l'intestin, ne sont pour l'estomac affecté que des substancee inertes, entravant son action et le surchargeant inutilement. La diète animale sera donc le genre d'alimentation le plus convenable aux malades soumis à l'irrigation de l'estomac.

On ne permettra d'abord que peu de vin, et l'on en augmentera la quantité en revenant progressivement à l'alimentation ordinaire, à mesure que reparaîtront les troubles digestifs et l'inanition.

Ne négligez pas l'usage des fruits de la saison et des raisins parfaitement mûrs : ils corrigent ce qu'il y a de trop échauffant dans la diète animale.

Et par rapport à l'emploi des eaux minérales naturelles acidules et ferrugineuses, telles que l'eau d'Orezza, faites-les prendre fraîches et pures pendant le repas.

(Extrait de la *Thérapeutique contemporaine.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 *mars* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

M. le président invite M. Mesnet, récemment élu membre associé libre de l'Académie, à prendre place parmi ses collègues.

M. Riche dépose, sur le bureau de l'Académie, une notice biographique sur M. Bussy.

M. Riche communique également les premiers résultats obtenus par MM. Oberlin et Schlagdenhaufen, sur l'analyse des dépôts qui se forment dans certaines eaux minérales.

M. Hardy demande la parole à propos du procès-verbal. Il croit pouvoir affirmer que la dégénérescence graisseuse du cœur n'est pas aussi latente que M. Verneuil a paru le penser dans la dernière séance. Dans ces cas, l'état du pouls, qui est devenu mou et souvent lent, la faiblesse des mouvements du cœur, l'existence des phénomènes habituels dans les maladies organiques du cœur, l'état des artères qui démontre l'athérome de ces conduits, tout cela permet, en général, de reconnaître la dégénérescence graisseuse du cœur assez avancée pour être une contre-indication à l'emploi du chloroforme.

M. Panas désire appeler l'attention de l'Académie sur la communication faite, dans la dernière séance, par M. Vulpian. Dans son mémoire de 1871, M. Panas soutenait, seul alors, que les cas de paralysie du nerf radial cités par Duchenne (de Boulogne) devaient reconnaître une cause mécanique. La communication de M. Vulpian justifie aujourd'hui cette manière de voir. On opposait à M. Panas un signe indiqué par M. Vulpian lui-même, la non-contractilité du muscle par l'électrisation du nerf dans les paralysies par compres-

sion. Aujourd'hui, M. Vulpian lui-même reconnaît que ce signe n'est en rien caractéristique.

M. Vulpian a raison de dire que, dans la paralysie par compression, la sensibilité était conservée. Cette sensibilité n'est pas éteinte, il est vrai, mais elle est amoindrie.

D'après la perte de la contractilité du muscle, on peut faire deux variétés de compression, légère ou plus intense. Mais il y a une troisième variété dans laquelle la compression est tout à fait légère : dans ce cas, la paralysie ne survient que longtemps après que la compression du nerf a eu lieu ; M. Panas a cité comme exemple ce fait dans lequel un malade s'était couché dans l'herbe, la tête sur le bras, un dimanche à Fontainebleau ; ce n'est que vingt-quatre heures après que la paralysie devint manifeste, et, dans ce moment, le malade travaillait dans un atelier chauffé, il n'était exposé à aucun courant d'air.

M. J. Guérin, revenant sur sa communication faite dans la dernière séance, dépose quelques planches à l'appui de ses opinions.

M. Polaillon dépose une brochure relatant deux faits dans lesquels des accidents non encore signalés se sont produits après l'ovariotomie. Après l'ovariotomie, comme après l'accouchement, les femmes peuvent mourir soit par embolie pulmonaire, soit par propagation à la plèvre de l'inflammation du péritoine.

DE L'ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE. — *M. Trélat.* Le 15 février dernier, le jour même où commençait cette discussion sur le chloroforme, M. Trélat opérait un malade atteint de lymphadénome du cou, lorsque, au dernier moment de l'opération, le malade fit entendre un petit bruit, porta la main droite dans la direction de son cou et souleva légèrement son tronc ; M. Bouilly, qui tenait alors le pouls, le sentit devenir filiforme, et le malade se cyanosa. Une pile fût appliquée en moins d'une demi-minute ; tous les moyens furent employés, mais la syncope avait été mortelle.

Quinze jours plus tard, M. Gosselin répétait le mot de Sédillot, que le chloroforme ne donnait jamais la mort lorsqu'il était bien administré.

Lorsqu'une semblable parole s'échappe de la bouche d'un homme aussi honoré, aussi respecté que M. Gosselin, elle prend un caractère de gravité extraordinaire. Le public médical, et nous-même, nous avons vu dans la communication de M. Gosselin ce point important : on n'administre pas bien le chloroforme, et c'est parce qu'on l'administre mal qu'on perd des malades. C'est cette parole qui a appelé successivement les divers orateurs à la tribune; tous sont venus protester contre le verdict prononcé par M. Gosselin.

Il y a très longtemps que M. Gosselin préconise les intermittences dans les inhalations de chloroforme. Il y a dix ans, quand M. Gosse-

lin faisait paraître ses Leçons cliniques, il disait dans la seconde leçon : « On peut parfois, dans l'anesthésie chloroformique, constater des accidents prévus, on peut aussi constater des accidents imprévus, auxquels le chirurgien ne peut rien, et même la mort. Si, malgré tout, malgré nos soins et nos études, il arrivait encore des accidents, le chirurgien aurait encore pour lui sa conscience et pourrait dire : « Fais ce que dois, advienne que pourra. »

Aujourd'hui les opinions de M. Gosselin sont restées les mêmes, mais la conclusion a complètement changé. Y aurait-il donc eu, depuis dix ans, quelque grande découverte ? Assurément l'anesthésie chloroformique a été beaucoup étudiée depuis cette époque, et il y a eu beaucoup de découvertes de détail, mais la démarcation rigoureuse entre l'anesthésie médullaire et l'anesthésie bulbaire, personne n'a encore pu la formuler.

Lorsque l'opéré succcombe pendant la chloroformisation, il peut succomber de manières très diverses ; il y a longtemps que l'attention a été appelée sur ces premières attaques qui, sévissant d'abord sur la région laryngo-pharyngienne, peuvent déterminer un réflexe bulbaire mortel pour le malade ; on a déterminé de même la mort par intoxication bulbaire. Quelques malades meurent dès le début de la chloroformisation, d'autres meurent à la fin de la période chirurgicale, d'autres encore meurent après cette période. Des opérés sont morts après avoir consommé 10 gouttes de chloroforme. Ainsi, cause de la mort, époque de la mort, quantité de chloroforme, tout varie. Le malade que M. Trélat a perdu il y a un mois est mort de choc traumatique après la cessation de l'anesthésie chloroformique. Il meurt d'une action réflexe sous l'empire d'une excitation périphérique.

Quand on commence à administrer le chloroforme, quelle que soit la méthode, le sujet soumis à l'inhalation chloroformique traverse une série de périodes dangereuses. Quoi que l'on fasse, il faut traverser, plus ou moins heureusement, ces dangers inhérents à l'anesthésie chloroformique.

M. Gosselin, après d'autres auteurs, a cherché à déterminer une quantité au delà de laquelle il ne fallait pas aller. Tout cela n'est qu'hypothèse.

Si M. Gosselin avait dit : « Voilà des renseignements qui ne sont pas une parfaite précision, mais voilà d'autre part le procédé que j'emploie et qui, jusqu'ici, ne m'a pas offert d'inconvénients ; je conseille mes collègues de l'employer », nous aurions alors conformé quelque en notre pratique à ses conseils, mais ce n'est pas ce qui est arrivé.

Il faut sans doute que nous perfectionnions incessamment les moyens de donner le chloroforme. D'où viendra le perfectionne-

ment? C'est dans l'étude physiologique de plus en plus délicate que nous trouverons les progrès dans la voie de l'anesthésie. Mais jusqu'ici on rend un verdict, sans nous donner le moyen de prévoir le danger.

En suivant la formule préconisée par M. Gosselin, il n'y aurait pas de dangers, il n'y aurait pas d'inconvénients; sans cette formule tous les dangers nous menaceraient.

Après la proposition de M. Sédillot, quoique cette proposition eût rencontré des adversaires aussi convaincus qu'aujourd'hui celle de M. Gosselin, des chirurgiens, morts aujourd'hui, avaient abandonné cependant l'emploi du chloroforme. Périsse le malade, que la chirurgie reste stationnaire, pourvu que l'honneur et la réputation des chirurgiens soient saufs. Qui nous dit qu'il n'en serait pas de même aujourd'hui si la proposition de M. Gosselin était adoptée. Pour que la chirurgie ne soit pas stationnaire, il faut que la proposition de M. Gosselin ne soit pas prise en considération.

Le chloroforme ne sert pas seulement à empêcher le malade de souffrir. Dans la réduction des hernies, dans la chirurgie abdominale qui réclame la résolution musculaire la plus complète, serait-il possible d'agir sans le chloroforme? L'anesthésie est donc implantée dans les besoins de la chirurgie et même dans les besoins de l'humanité.

Il faut compter ses morts, mais il faut aussi compter les survivants. Le petit nombre des morts ferait piètre figure auprès de la foule considérable de ceux dont les vies ont été sauvées ou conservées.

Qui dit puissance dit forcément danger; nier le danger d'une chose dangereuse paraît beaucoup plus dangereux que de le reconnaître et de chercher à l'éviter.

Je sens la grandeur et la noblesse de notre profession; il y a des moments où, surtout nous chirurgiens, nous tenons dans nos mains la vie de nos semblables; il n'y a, pour juger cette énorme responsabilité, que deux choses au fond de nous-mêmes : tout dépend de notre science et de notre conscience. Si, au moment de porter la main sur cet autre nous-même, nous nous rappelons le verdict de M. Gosselin, ne devons-nous pas hésiter et ne rien faire?

J'ai la conviction profonde que nous userons de l'anesthésie chirurgicale, mais sous une condition, c'est que nous sachions bien dire une chose: elle est dangereuse, mais il faudra la maîtriser parce que c'est une puissance et que toute puissance est un danger.

M. Le Fort. Personne ne doutera des sentiments d'estime et d'affectueux respect de M. Le Fort pour M. Gosselin, mais à la tribune les hommes disparaissent et M. Le Fort doit protester à son tour contre le verdict rendu par M. Gosselin.

La proposition formulée par M. Sédillot laissait au moins une échap-

patoire aux chirurgiens qui avaient le malheur de perdre un malade; on pouvait accuser les impuretés du chloroforme. M. Gosselin n'en laisse aucune. Le chloroforme bien administré, dit-il, même légèrement impur, ne tue jamais. Reste à savoir sur quoi M. Gosselin a pu baser cette opinion. A-t-il employé de propos délibéré du chloroforme légèrement impur? Le caractère de M. Gosselin empêche d'accepter cette idée; mais alors sur quoi M. Gosselin peut-il appuyer cette idée. Puis comment reconnaître les impuretés du chloroforme, puisque tous les réactifs connus ont été successivement déclarés défectueux?

Qui sait si demain M. Gosselin n'aura pas un cas de mort par le chloroforme? Simpson avait employé trente ans sans inconvénients le chloroforme, lorsqu'il perdit une jeune femme de 22 ans qu'il opérait d'ovariotomie. Dans huit hôpitaux anglais, il y eut, pendant 16 ans, une mort sur 17,000 chloroformisations; dans les huit années suivantes, dans les mêmes hôpitaux, avec les mêmes chirurgiens, il y a eu 6 morts sur 7,000 opérés. Dans la guerre de la Sécession, il y a eu 1 mort sur 11,000 opérés. Qui dit que M. Gosselin n'aura pas une mort demain?

Lorsqu'on recherche l'expérience des faits, on voit que le malade peut succomber sans que le chloroforme y soit pour rien. M. Le Fort rappelle le cas de M. Cazenave, de Bordeaux. Un malade était très effrayé à l'idée de se faire endormir par le chloroforme; pour l'habituer, M. Cazenave avait mis assez loin devant lui une compresse sur laquelle il n'avait encore versé aucune goutte de chloroforme, lorsque brusquement cet homme eut une syncope et mourut.

Le malade qui n'est pas chloroformisé n'est donc pas à l'abri de la syncope.

Le chloroforme agit d'abord sur le cerveau, puis sur la moelle, puis sur le bulbe; pour M. Gosselin, c'est là la théorie de l'empoisonnement par le chloroforme. Pour éviter cet empoisonnement, il propose les inhalations d'air libre; il commence comme tout le monde, il donne d'abord 2 grammes de chloroforme; or, M. Le Fort a pu réunir dix-neuf observations dans lesquelles les malades avaient pris moins de chloroforme que cela. Si M. Gosselin était tombé sur un malade de ce genre, il aurait eu un cas de mort par son procédé.

M. Gosselin indique comme précaution d'examiner le réflexe palpébral; or, le réflexe palpébral est connu de tout le monde, il a été indiqué par Lister alors qu'il était encore professeur à l'université de Glasgow, et par Sabarth à la page 172 de son livre paru en 1861. Tous les chirurgiens connaissent le réflexe palpébral et les phénomènes pupillaires; tout le monde sait que la cornée est l'ultimum moriens et qu'il faut s'arrêter lorsqu'elle est devenue insensible.

M. Gosselin propose de faire d'avance un mélange de 20 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air; mais cela a déjà été fait à Londres, avec l'appareil de Clover; il y a eu cinq cas de mort par ce procédé, et Clover lui-même a perdu un malade en 1874.

Je demanderai à M. Gosselin comment, dans de nombreux cas de mort par le chloroforme, sa méthode aurait pu mettre à l'abri du danger. Sur quoi peut-il se baser pour formuler en chiffres son procédé d'anesthésie? Sur quoi se base-t-il pour prétendre que le chloroforme s'élimine par la peau et par les reins? M. Gosselin prétend qu'on s'habitue au chloroforme, mais on peut être très habitué au tabac et à l'alcool et avoir cependant des accidents; M. Le Fort cite le cas d'une malade qui, après avoir été endormie cinq ou six fois par le chloroforme, est morte en syncope pendant une sixième ou septième chloroformisation.

L'un des torts de M. Gosselin dans cette affaire, c'est de ne pas avoir tenu compte du malade.

M. Gosselin. Je ne tiens compte que de cela.

M. Le Fort. M. Verneuil le lui a déjà reproché. L'alcoolisme, le cœur gras sont des causes assez fréquentes de mort par le chloroforme. Sur les 300 cas, à peu près, publiés de mort par le chloroforme, il n'y a pas une seule observation de malade mort pendant une amputation pour gangrène sénile.

On peut mourir d'asphyxie par le chloroforme, mais on peut aussi mourir d'asphyxie d'une autre manière, par spasme de la glotte. La plupart des malades morts du chloroforme sont morts de syncope chloroformique. La douleur peut amener une syncope mortelle pendant la narcose chloroformique, même quand celle-ci est des plus complètes. Le malade pendant le chloroforme est comme un homme ivre qui le lendemain ne se rappelle rien de ce qu'il a fait la veille.

M. Le Fort rapporte le cas de mort qu'il a eu lui-même chez un malade qu'il venait d'endormir pour l'opérer d'une fistule à l'anus. Ce malade est également mort de syncope.

Ainsi les causes de mort par le chloroforme sont multiples; elles peuvent tenir au malade, mais elles peuvent aussi tenir à des circonstances inconnues.

Si M. Gosselin a une si grande confiance dans le chloroforme et dans son procédé, pourquoi donc, en 1878, a-t-il abandonné le chloroforme pour employer l'éther?

M. Le Fort montre, en terminant, le cornet dont il se sert pour l'anesthésie.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

Vingt-Neuvième année — Tome I. N° 33 Samedi 18 Mars 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX

On s'abonne chez

DELAHAYE et E. LECROSNIER

Place de l'École-de-Médecine

PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF

Le Dr E. BOTTENTUIT

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS

UN AN

France........... 15 fr.

Union postale... 18 fr.

Pays d'outre-mer. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.

Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.

On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

:9 Année. — Tome I. — N° 33. Samedi 18 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Etudes expérimentales relatives à l'action que peut exercer le permanganate de potasse sur les venins, les virus et les maladies zymotiques.

Par M. VULPIAN (1).

M. de Quatrefages, a lu, il y a quinze jours, devant l'Académie, une note très intéressante (2), à propos d'une publication de M. de Lacerda (3). Il rappelle les communications précédentes de M. de Lacerda sur le permanganate de potasse, considéré comme antidote du venin des Bothrops du Brésil, et il informe l'Académie, d'après les renseignements consignés dans le travail de l'expérimentateur brésilien, que plusieurs individus, mordus par ces serpents, ont été guéris au moyen de cet antidote. M. de Quatrefages espère que ce mode de traitement pourrait rendre de grands services dans les départements où l'on constate, chaque année, des accidents graves, parfois mortels, déterminés par la morsure des vipères, et il pense qu'il pourrait même être utile dans le traitement des maladies déterminées par des microbes.

M. de Lacerda se sert d'une solution aqueuse de permanganate de potasse au centième, et il conseille de l'injecter à l'aide d'une seringue de Pravaz. On introduit ainsi lentement et graduellement la moitié du contenu de cette seringue (environ 0 gr. 005 du sel dans 0 gr. 5 d'eau) dans chaque trajet percé par les dents du serpent, aprés avoir fait une ligature au-dessus de la morsure. Aussitôt après avoir terminé les injections, on comprime les tissus de façon à faciliter la diffusion du liquide injecté. Si la morsure date de quelque temps, et s'il y a déjà des signes d'envahissement progressif du membre mordu, il faut faire des injections vers la racine de ce membre et sur les limites de la tuméfaction. Si la gravité des phénomènes indique la pénétration du venin dans les veines, il est nécessaire de pratiquer une ou plusieurs injections intra-veineuses, en se servant soit de la même seringue, soit de celle de M. Oré.

J'ai tenu à reproduire, comme l'avait fait M. de Quatrefages, les prescriptions thérapeutiques formulées par M. de Lacerda, afin de mettre le lecteur en état de juger de la légitimité des doutes qu'elles

(1) Communication à l'Académie des Sciences.

(2) De Quatrefages. Note sur le permanganate de potasse, considéré comme antidote du venin des serpents, à propos d'une publication de M. J.-B. de Lacerda (Comptes rendus, 20 février 1882.)

(3) J.-B. de Lacerda, O veneno ophidico et os seus antidotos. Rio-Janeiro

peuvent faire naître dans l'esprit des médecins et des physiologistes.

Le permanganate de potasse est un désinfectant d'une grande puissance ; il agit avec énergie sur les liquides septiques et peut y tuer les ferments organisés. On l'a déjà employé, en chirurgie, dans le pansement des plaies putrides. M. de Lacerda, conduit par ses expériences, à attribuer, avec M. Couty, le pouvoir toxique des Bothrops à des microbes, explique l'action qu'exercerait, suivant lui, le permanganate de potasse, lorsqu'on l'injecte dans les plaies faites par ces serpents, en admettant qu'il détruit la vitalité de ces microbes.

Supposons que l'hypothèse de M. de Lacerda soit conforme à la réalité, deux cas peuvent se présenter : 1° ou bien les morsures sont tout à fait récentes, et le venin n'a pas encore diffusé au loin ; 2° ou bien l'accident date de quelques heures, et le venin s'est déjà répandu de proche en proche jusqu'à une distance assez grande du trajet des morsures.

Dans le premier cas, les injections de solution aqueuse de permanganate de potasse, faites autant que possible dans les blessures, seront vraiment efficaces : le sel se mêlera au venin contenu encore dans le trajet percé par les crochets du serpent et, par l'altération qu'il lui fera subir, il anéantira son pouvoir toxique.

Il agira de même sans doute sur le venin qui aura diffusé dans les tissus environnants, à condition qu'il puisse l'y atteindre, ce qui n'aura lieu que si cette diffusion n'a pas déjà conduit au loin ce venin. En effet, si l'on injecte sous la peau d'un mammifère, d'un chien par exemple, 4 cc. d'eau tenant en dissolution 0 gr. 01 de permanganate de potasse, le liquide injecté se répand jusqu'à une certaine distance du lieu de l'injection. Il se décompose, du reste, presque aussitôt après le moment de l'injection, en formant un dépôt d'hydrate de bioxyde de manganèse, dépôt brunâtre, grenu, ayant une configuration circulaire et un diamètre de $0^{m},04$ à $0^{m},05$. La pénétration du liquide n'a pas lieu dans tous les sens. S'il s'agit du tissu cellulaire sous-cutané, le dépôt est sous forme d'une plaque mince, située tout entière dans ce tissu. Dans les muscles, le sel pénètre en profondeur en même temps qu'en largeur, très irrégulièrement (1).

On ne peut pas comparer le mode de pénétration de la solution injectée à celui du venin : la solution pénètre par imbibition, un peu par effraction, dans les sens qui s'y prêtent le mieux, et elle ne peut

(1) Le dépôt de bioxyde de manganèse disparaît plus tard. Si l'on examine le tissu cellulaire au bout de trois ou quatre jours, dans les points au niveau desquels l'injection a été pratiquée, on ne trouve plus qu'une sorte de tache de teinte blanche, surtout vers sa circonférence. Cette teinte est due à une altération spéciale des fibrilles du tissu connectif, produite par le permanganate de potasse.

pas aller bien loin de cette façon, puisque le sel se décompose dès les premiers moments de son entrée en contact avec les tissus; le venin pénètre aussi par imbibition ou diffusion, mais en même temps par les voies lymphatiques, et il ne s'altère pas sur place. Il résulte de cette différence que, si le venin a déjà diffusé jusqu'à une certaine distance des plaies, on ne peut pas être certain de l'atteindre en injectant la solution de permanganate de potasse dans le trajet des morsures.

Examinons le second cas. La morsure date de quelques heures, le venin a diffusé au loin, le membre blessé est déjà gonflé, infiltré. Il faut alors, d'après M. de Lacerda, pratiquer des injections vers la racine du membre et sur les limites de la tuméfaction. Or, d'après ce que je viens de dire, il est certain que le permanganate de potasse ne pourra atteindre les tissus infiltrés que dans les points très limités. Dans de telles conditions, les injections de ce sel ne doivent avoir, semble-t-il, presque aucune efficacité (1).

Outre les deux cas dont je viens de parler, un troisième cas, signalé par M. de Lacerda, peut se présenter : celui dans lequel la morsure du serpent venimeux peut ouvrir une veine et y faire pénétrer directement le venin. Lorsqu'il en est ainsi, les symptômes généraux se produisent beaucoup plus rapidement et sont bientôt très menaçants. M. de Lacerda conseille, dans ce cas, d'injecter dans une veine la solution de permanganate de potasse au centième.

Les expériences que j'ai faites sur des chiens montrent que les injections intra-veineuses de 0 gr. 25 ou de 0 gr. 50 de permanganate de potasse, en solution aqueuse au centième, ne produisent en général que des effets toxiques passagers, si les animaux sont de grande taille; mais un chien de petite taille peut être tué, dans ces conditions, par 0 gr. 50 de sel. Les chiens de forte taille ne résistent pas à une injection intra-veineuse (faite avec la plus grande lenteur) de 1 gr. de permanganate de potasse dans 200 gr. d'eau. Les symptômes principaux sont une titubation passagère, de l'abattement, des vomissements, de la diarrhée, puis un affaiblissement progressif qui amène la mort en dix à vingt heures (2). Peut-être, si l'on juge par l'état dans lequel on trouve le corps de l'animal, la mort est-elle précédée quelquefois par des convulsions. Il y a souvent une teinte jaune, ictérique, très prononcée de la peau, des muqueuses, du tissu circulaire. des artères et des tissus blancs en général. *La putréfaction est très rapide* : elle est manifeste au bout de dix à douze heures (février). Le sang présente les caractères du *sang dissous*; il y a

(1) Elles peuvent donner lieu à des abcès, comme je l'ai vu dans une de mes expériences.

(2) Si l'injection était faite très rapidement, la mort pourrait sans doute survenir au bout de quelques instants, par arrêt du cœur.

souvent des ecchymoses sous les diverses séreuses et sous l'endocarde, le foie est décoloré, la membrane muqueuse gastro-intestinale est fortement congestionnée, les reins sont congestionnés aussi, l'urine est souvent sanguinolente (hémoglobinurie) et contient très peu d'urée (1); il y a parfois des infarctus pulmonaires. L'examen microscopique du sang du cœur y montre des granulations qui paraissent être microbiennes; le pus d'un abcès sous-cutané, formé dans le point où l'on avait fait une injection de 0 gr. 01 de permanganate de potasse, en solution au centième, contenait manifestement des microbes.

D'après ce que j'ai vu, il me semble qu'une injection intra-veineuse de quelques centigrammes de permanganate de potasse, en solution au centième, ne peut exercer aucun effet sur le venin qui aurait penétré dans le sang, car, répartie dans la masse du sang, cette quantité de permanganate serait tellement diluée qu'elle serait inerte: il faut ajouter que le permanganate se décompose sans doute très peu d'instants après sa pénétration dans le sang (2). D'un autre côté, si l'on voulait injecter une dose efficace, la mort serait la conséquence certaine de cette condamnable entreprise.

Les faits de guérison de morsures de Bothrops, obtenue à l'aide d'injections sous-cutanées et intra-veineuses d'une solution au centième de permanganate de potasse, seraient donc bien difficiles à expliquer, si l'on ne savait que ces morsures, au Brésil, ne sont pas toujours mortelles.

En résumé, l'influence du permanganate de potasse n'a pu être utile que dans les cas de morsures très récentes. Lorsque la morsure avait eu lieu une ou plusieurs heures avant l'essai de traitement par le permanganate de potasse, on ne peut s'empêcher de croire que les injections de ce sel n'ont pu exercer aucune action sur l'évolution des effets du venin.

Toujours est-il que l'on aurait tort de compter sur l'efficacité de cette médication dans les cas où il s'agirait d'autres serpents venimeux dont les morsures sont plus souvent et plus rapidement mortelles.

L'expérimentation sur les animaux conduit à déconseiller absolument des essais de traitement des maladies zymotiques au moyen du permanganate de potasse.

(1) Le sulfhydrate d'ammoniaque n'y forme aucun précipité.

(2) Le permanganate de potasse se décompose aussi, dans l'estomac, peu d'instants après qu'il y a été introduit.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. LE PROFESSEUR BROUARDEL.

Un cas de scorbut de cause inconnue; stomatite fongueuse; cachexie fébrile; mort. — Autopsie : hémorrhagies interstitielles dans divers organes.

Par M. le Dr BARTH,
interne (médaille d'or) des hôpitaux.

Pointeau (Rosalie), âgée de 34 ans, domestique, entre le 2 décembre 1881 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Brouardel.

Cette fille, robuste et habituellement bien portante, n'accuse aucune maladie antérieure; ses antécédents, tant héréditaires que personnels, ne présentent aucune particularité digne d'être notée. Elle a toujours été bien réglée, et n'a jamais eu d'enfants.

Au mois d'octobre dernier, elle s'est placée comme domestique dans une maison où elle était, dit-elle, bien nourrie et bien traitée, où elle n'avait pas trop d'ouvrage, mais où elle habitait nuit et jour une pièce au rez-de-chaussée, très obscure et très humide. Au bout d'un mois, elle était pâle et changée, en proie à une lassitude inexplicable; elle quitta sa place et s'en fut chez ses parents, qui habitent aussi Paris, mais dans un quartier salubre. Elle se reposa complètement pendant trois semaines, mais sans retrouver ni son appétit ni ses forces : loin de là, sa pâleur ne faisait qu'augmenter; ses gencives étaient fongueuses, molles et saignaient avec facilité; elle éprouvait des douleurs vagues dans les cuisses et dans les jambes. Ces symptômes inquiétants la déterminèrent à entrer à l'hôpital.

A son entrée, le 2 décembre, on constatait l'état suivant : la face est d'une pâleur extrême, presque cireuse, et paraît légèrement bouffie; l'haleine est fétide et les gencives présentent un état fongueux très marqué : la sertissure des dents est couverte d'ulcérations sanieuses, peu profondes, qui saignent au moindre contact; la salivation n'est pas exagérée, mais la malade se plaint d'un goût fétide très prononcé, et rejette des crachats brunâtres, sanguinolents, d'une odeur repoussante; l'appétit est perdu et la simple vue des aliments détermine des nausées; la langue est jaunâtre, un peu sale; il n'y a pas de sensibilité anormale au creux de l'estomac, pas de ballonnement du ventre, pas de diarrhée. L'examen des autres organes donne des résultats négatifs : les battements et les bruits du cœur sont normaux; les dimensions du foie et de la rate n'ont rien d'exagéré; les urines ne renferment pas d'albumine. Sauf le saignement continuel des gencives, il n'existe pas d'hémorrhagies; la malade a eu ses règles il y a quinze jours comme d'habitude; pas d'épistaxis; pas d'ecchymoses cutanées. — On prescrit une potion avec 100 gr. de jus de citron, 40 gr. d'eau-de-vie et 100 gr. de sirop de sucre; gar-

garismes au chlorate de potasse, et sur les ulcérations buccales, application de chlorure de chaux sec.

Les jours suivants, l'état de la malade se modifie peu : la fétidité de la bouche diminue sous l'influence des lavages continuels, mais ne disparaît pas, et les ulcérations buccales n'ont aucune tendance à la cicatrisation. L'appétit est inégal, capricieux ; cependant les fonctions digestives paraissent assez régulières ; il n'y a ni tympanisme ni diarrhée. La peau est chaude ; le pouls inégal, bas, 100 environ ; la température oscille entre 38 et 39°, sans atteindre ce dernier chiffre.

Les *gencives* sont fongueuses, ecchymosées et couvertes d'ulcérations qui occupent exclusivement leur bord libre ; en certains points le bord alvéolaire du maxillaire supérieur est dénudé et atteint de nécrose, mais il n'y a pas de séquestres étendus. Les ganglions sous-maxillaires ne sont nullement engorgés.

10 décembre. La fièvre tend à augmenter : T. le matin 38,6, le soir 39° ; la pâleur est excessive, la face plutôt bouffie que réellement œdémateuse, les urines ne contiennent toujours pas d'albumine. — Cresson frais, extrait de quinquina.

Le 16. L'abattement fait des progrès ; la malade est très faible, incapable de se lever, et reste toute la journée assoupie dans une demi-torpeur. Cependant la connaissance est entière, et lorsqu'on lui parle, elle répond nettement, donne sans hésitation des détails sur tout ce qu'elle éprouve ; elle n'accuse pas de douleurs vives, mais une certaine pesanteur de tête et des douleurs vagues dans les membres. La fièvre augmente peu à peu d'intensité : T. le matin 39°, le soir 39,8. L'état des gencives ne change pas ; malgré des lavages fréquents et des cautérisations à l'acide chromique, les ulcérations restent fongueuses, facilement saignantes, et exhalent une insupportable odeur. — Deux injections d'éther par jour.

Le 20. L'état général s'aggrave rapidement : adynamie excessive, syncopes fréquentes ; la malade, un moment ranimée par les injections d'éther, retombe chaque fois dans le même abattement. La pâleur est de plus en plus terreuse et blafarde ; peau chaude ; pouls 100, régulier, mais faible ; T. le matin 39,6, le soir 40 ; au cœur, léger souffle systolique à la base ; le choc de la pointe est difficile à percevoir. Peu de toux ; sonorité thoracique et respiration normales. Les gencives, de plus en plus fongueuses et ulcérées, laissent suinter incessamment une matière sanieuse infecte ; il n'y a ni douleurs de ventre, ni vomissements ; pas de diarrhée. Les urines sont claires et ne renferment point d'albumine. Depuis deux ou trois jours, de larges ecchymoses bleuâtres se sont montrées à la face externe des cuisses ; elles atteignent maintenant 15 à 20 centimètres de long sur 10 de large ; la peau à ce niveau est épaisse, tendue et semble faire corps avec les parties profondes. Malgré l'abattement, l'intel-

ligence reste entière. — Cresson, potion de Todd avec extrait de *quinquina*; lotions vinaigrées, gargarisme phéniqué.

Le 21. Depuis hier, la malade est tombée dans une espèce de torpeur demi-comateuse d'où il est presque impossible de la tirer; elle ne parle pas et ne paraît pas entendre les questions; il n'y a pas de paralysie faciale ni oculaire; les pupilles sont normales; il existe une parésie tres accentuée des membres du côté gauche; la sensibilité générale est très obtuse sinon abolie. Rien de nouveau ni au cœur ni aux poumons. Dans la journée, la température baisse progressivement, et la malade succombe le 22 décembre à 1 heure du matin.

Autopsie (pratiquée trente-deux heures après la mort). — L'examen extérieur du cadavre ne nous apprend rien de nouveau : il y a peu d'amaigrissement, les masses musculaires sont pleines et assez volumineuses; la peau, d'une pâleur de cire, ne présente ni ulcérations ni cicatrices pouvant révéler une maladie antérieure; on n'y voit point de pétéchies, mais seulement les deux vastes ecchymoses signalées plus haut et qui couvrent toute la face externe des cuisses; une incision faite à ce niveau montre que l'extravasation sanguine occupe non seulement la peau, mais encore le tissu cellulaire sous-aponévrotique ; elle n'intéresse pas les masses musculaires.

Cavité crânienne.— Les méninges sont tuméfiées; la pie-mère, infiltrée de sang dans une grande partie de son étendue, se détache facilement du cerveau; le sang infiltré suit les anfractuosités, forme des méandres capricieux et s'est accumulé surtout à la base de l'encéphale, où il forme une couche de plusieurs millimètres d'épaisseur qui recouvre entièrement la protubérance. Le cerveau est lui-même tacheté d'ecchymoses, de véritables pétéchies qui sont semées sans ordre dans toutes les parties de la masse encéphalique et occupent les unes la couche corticale, les autres la couche médullaire; ces infiltrations sanguines, dont le volume varie d'un grain de chènevis à une grosse noisette, se présentent à la coupe sous l'aspect de taches marbrées ou pointillées irrégulières, dont la teinte rouge foncée tranche nettement sur la couleur pâle de la substance du cerveau; nulle part, même au niveau des points d'infiltration les plus volumineux, il n'y a de foyer hémorrhagique proprement dit ou de ramollissement appréciable : la consistance de la pulpe cérébrale est partout sensiblement la même. Les artères cérébrales paraissent saines; il n'y a pas de sang dans les cavités ventriculaires.

Cavité thoracique. — Les poumons sont pâles, exsangues, un peu œdématiés en arrière, mais sans autres lésions; les plèvres sont saines et libres d'adhérences; on découvre des ecchymoses sous-pleurales nombreuses, punctiformes, disséminées par petits groupes, aussi bien sur la plèvre pariétale que sur la viscérale; les cavités

pleurales renferment chacune environ 200 à 250 grammes de sérosité sanguinolente.

Le cœur est flasque et manifestement altéré; le péricarde est tacheté de points rouges, hémorrhagiques, disséminés en abondance sous la séreuse viscérale, surtout à la face antérieure et à la face postérieure du cœur; quelques dépôts hémorrhagiques plus considérables forment à la surface du cœur de véritables noyaux d'apparence pustuleuse. Le myocarde est flasque, de couleur feuille morte et de consistance presque friable; en beaucoup de points le tissu est infiltré de sang et on découvre de petits noyaux hémorrhagiques interstitiels, extrêmement irréguliers, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un gros pois. Les cavités cardiaques sont remplies de caillots mollasses, blanchâtres et diffluents.

Cavité abdominale. — Le foie un peu gras est sain du reste; la rate, volumineuse, contient un infarctus blanchâtre et induré de consistance caséeuse, et qui occupe environ le quart de l'organe. Les reins sont un peu jaunâtres, mais sains; l'intestin parfaitement normal est décoloré et vide; la vessie dilatée contient de l'urine normale; les parois vésicales sont criblées d'hémorrhagies punctiformes qui occupent surtout les deux faces, la séreuse et la muqueuse. L'utérus et ses annexes ne présentent rien d'anormal.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 *mars* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé.

Rapport. Fistules para-vertébrales inférieures. — *M. Lannelongue*, à l'occasion d'un rapport sur un travail de M. Reclus, intitulé: *Fistule congénitale de la région ano-coccygienne*, étudie les fistules et dépressions congénitales, para-vertébrales inférieures. L'attention n'a été attirée de ce côté que dans ces dernières années où ont paru les travaux de Kuhn et ceux de Féré sur les dépressions situées à la base du sacrum, et il cite ensuite le mémoire de M. Terrillon et celui que M. Heurtaux a envoyé à la Société. Le rapporteur donne ensuite le résultat de ses investigations.

Il y a trois sièges d'élection pour les fossettes, dépressions, infundibula et fistules para-vertébrales inférieures :

1° La base du sacrum ;

2° La pointe du sacrum ;

3° La pointe du coccyx. C'est dans ce point qu'on peut observer les plus grandes variations dans le siège, mais il y a toujours 1 centimètre de distance entre la dépression et la marge de l'anus.

La déformation a des variations extrêmes, depuis la simple dépression jusqu'à la fistule, en passant par tous les intermédiaires. L'orifice, quand il y a fistule, est plus ou moins large : dans un cas, il a

même été pris pour l'anus. Elle est le plus souvent médiane, quelquefois elle est latérale ; elle est simple ou multiple, et dans ce dernier cas, on peut observer deux fossettes symétriques.

Le fond de l'infundibulum n'est pas relié au squelette ni à l'aponévrose par un tractus fibreux ; il n'y a pas d'adhérences : les adhérences n'existent qu'en dehors de la ligne médiaire ; il y a là des tractus fibreux qui relient les côtés du sacrum à la face profonde de la peau.

Sur 130 sujets examinés de la naissance à 15 ans, M. Lannelongue a observé dans la région sacro-coccygienne :

95 dépressions, infundibula ou fistules ;

29 fois, la déformation siégeait à la naissance de la rainure inter fessière ;

38 fois, elle était au niveau de l'articulation sacro-coccygienne ;

28 fois, à la pointe du coccyx ;

4 fois, elle était latérale ;

12 fois, ces déformations étaient multiples, médianes et latérales.

Il faut en chercher l'origine dans la période embryonnaire de la vie fœtale. Le rapporteur ne croit pas que ce soit un ombilic postérieur, comme le pense M. Terrillon.

Les fistules, comme l'a montré M. Terrillon, peuvent être le point de départ d'accidents inflammatoires, et c'est en cela que ce vice de conformation intéresse le chirurgien.

Le cas de M. Reclus s'écarte des précédents, en ce que l'orifice fistuleux siégeait au-dessous de la pointe du coccyx et que le trajet s'enfonçait entre la face postérieure du rectum et le coccyx ; comme le sujet était tuberculeux, il convient de faire quelques réserves.

M. le secrétaire général lit un long travail de *M. Heurtaux*, membre correspondant, intitulé : *Infundibulum coccygien et fistules paracoccygiennes.*

Il n'a observé ces dépressions qu'une fois sur vingt-trois, et son observation porte sur plus de 300 sujets.

M. Terrillon est heureux de voir dans le travail de M. Lannelongue la confirmation des faits qu'il avait observés et est frappé de la fréquence de la déformation. Il a revu le dernier malade qu'il a opéré et auquel il s'était borné à cautériser fortement le trajet fistuleux avec le thermo-cautère ; le malade est parfaitement guéri, ce qui prouve que la cautérisation suffit et qu'il n'est pas nécessaire de faire l'excision.

Traitement du phimosis. — *M. Surmay*, de Ham, membre correspondant, décrit un nouveau procédé d'opération du phimosis; il consiste dans l'introduction sous le prépuce de la pince dilatatrice à trachéotomie, dont on enfonce les extrémités aussi loin qu'on le peut vers la base du gland ; on les ouvre, on maintient avec des pinces

à pansement le prépuce par le bas, et, avec un coup de ciseau, on enlève ce que l'on juge convenable ; de cette façon, on fait la section de la muqueuse au niveau de la peau, il a ainsi opéré 5 malades et le résultat a été très satisfaisant.

M. Marc Sée est d'avis qu'on ne doit pas sectionner la muqueuse et la peau au même niveau ; on doit enlever le moins de peau possible.

M. Horteloup est d'avis, comme M. Sée, qu'on ne doit pas laisser du tout de muqueuse.

M. Verneuil désire demander à ceux de ses collègues qui décriront un nouveau procédé d'opération du phimosis, qu'ils veuillent bien démontrer auparavant la nécessité de l'opération sanglante ; pour lui, depuis fort longtemps, il n'emploie que la dilatation.

M. Horteloup répond qu'il n'opère par la méthode sanglante que les prépuces qui sont très longs.

Du reste, la dilatation ne lui a guère fourni de succès que chez les enfants et non chez les adultes.

M. Lannelongue a autrefois employé tous les procédés d'opération du phimosis qu'il variait suivant les cas ; il y a renoncé, car il faut convenir qu'on a presque toujours de mauvais résultats ; les récidives sont fréquentes, soit que le phimosis se reproduise, soit qu'il se produise un anneau constricteur à la base du gland, qui est alors le siège d'un gonflement hyperémique notable et même d'une inflammation et d'une induration assez accentuées ; de plus, il persiste pendant longtemps (un à trois mois) un œdème à la partie inférieure de la verge, au voisinage du filet, où on voit comme une espèce de massue d'un aspect très disgracieux.

Il ne fait donc plus que la dilatation ; mais il y a un écueil quelquefois : ce sont les adhérences, mais on peut les détruire très facilement avec une sonde cannelée un peu forte.

M. Th. Anger est de l'avis de M. Lannelongue et de M. Verneuil. Depuis quinze ans, il ne fait plus que la dilatation d'après le procédé de Thibaut, repris par Nélaton ; il n'y a qu'une contre-indication à la dilatation, c'est dans le cas où il existe des indurations inflammatoires à l'extrémité du prépuce.

Les déchirures que produit la dilatation ne laissent pas de cicatrice.

M. Marjolin ne faisait que la dilatation dans les dix dernières années qu'il a passées à Sainte-Eugénie ; la circoncision peut exposer à des accidents très graves.

M. Després n'opère le phimosis qu'avec le bistouri, et il se contente de l'incision pure et simple, comme le faisait Celse.

Il n'a fait qu'une fois la dilatation ; il y a eu une récidive.

PRÉSENTATION DE MALADE. — *M. Després* présente un malade âgé

de 20 ans auquel il a fait la résection du maxillaire supérieur pour un énorme polype naso-pharyngien dont il n'a enlevé qu'une partie; par la brèche qu'a laissée le maxillaire enlevé, il cautérise ce qui reste du polype, qui marche maintenant vers cette transformation fibreuse signalée par Robert et Nélaton, car le polype n'a plus saigné depuis un an qu'il est enlevé. Il a laissé intact le plancher de l'orbite; il a employé l'incision de Nélaton; le malade peut bien parler, grâce à un appareil construit par M. Préterre.

M. Lannelongue fait observer que le polype est loin d'être encore guéri et qu'il faudra le poursuivre pendant longtemps avant de l'avoir tout détruit.

M. Th. Anger saisit l'occasion, puisqu'on s'est occupé de l'articulation des sons chez ce malade, de dire qu'il suffit d'une éducation bien dirigée pour obtenir un très bon résultat, et on peut l'obtenir de même, quoi qu'on ait dit, après les opérations de staphylorraphie.

Présentation d'instrument. — *M. Labbé* présente un galvanocautère construit par *M. Chardin*, fabricant d'instruments électro-médicaux, qui offre l'avantage de pouvoir être facilement transporté et réglé.

P. Bazy.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 20 au 25 mars 1882.) — *Lundi*, 20. — Doctorat, 1er : MM. Vulpian, Duplay et Cadiat. — 1er : MM. Béclard, Hayem et Remy. — 3e (nouveau mode), 1re partie), pathlogie externe et accouchements : MM. Depaul, Guyon et Marchand. — 3e (ancien mode) : MM. Baillon, Gariel et Bourgoin. — 5e (Charité) : MM. Parrot, Tillaux et Pinard.

Mardi, 21. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Le Fort, Panas et Richelot. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 4e : MM. Peter, Brouardel et Grancher. — 5e (Charité) : MM. Richet, G. Sée et Charpentier. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Lasègue et Bouilly.

Mercredi, 22. — Doctorat, 1er : MM. Trélat, Guyon et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 3e : MM. Regnauld, Hanriot et Bocquillon. — 4e : MM. Bouchardat, Vulpian et Dieulafoy. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Fournier et Monod.

Jeudi, 22. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Richet, Panas et Berger. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e : MM. G. Sée, Panas et Legroux. — 2e : MM. Ball, Bouchard et Richelot. — 2e : MM. Lasègue, Jaccoud et Peyrot.

Vendredi, 24. — Doctorat, 1er : MM. Béclard, Guyon et Cadiat. — 1er : MM. Vulpian, Tillaux et Terrillon. — 3e : MM. Baillon, Hanriot et Gay.

— 5e (Charité) : MM. Parrot, Duplay et Budin. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Potain et Pinard.

Samedi, 25. — Doctorat, 2e. MM. Lasègue, Panas et Hallopeau. — 2e : MM. Richet, Ball et Debove. — 2e : MM. Le Fort, Bouchard et Troisier. — 4e : MM. Hardy, Brouardel et Raymond. — 5e (nouveau mode), 2e partie, clinique interne, épreuve d'anatomie pathologique (Charité) : MM. Peter, Jaccoud et Legroux. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Laboulbène et Peyrot.

Samedi, 25. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Le concours pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central ouvrira le lundi 20 mars prochain.

Le jury se compose de MM. Fournier, Proust, E. Besnier, X. Gouraud, Tenneson, Archambault, Cadet de Gassicourt, Gérin-Roze et Benjamin Anger.

Les candidats sont : MM. Ballet, Barié, Barth, Benoit, Béringier, Bourceret, Brault, Brissaud, Buzot, Cadiat, Carrière, Chouppe, de Beurmann, Decaisne, Déjérine, Dreyfus, Eloy, Frémy, Gombault, Hirtz (Edgard), Hirtz (Hippolyte), Jean, Joly, Josias, Lataste, Leduc, Leroux (Charles), Leroux (Henri-Marie), Letulle, Lorey, Lucas-Championnière, Martin, Merklen, Moizard, Muselier, Oulmont, Renault, Robin, Talamon et Tapret.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE. — M. le Dr Ch. Monod commencera ce cours le mardi 21 mars, à 5 heures (petit amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — M. Monod traitera des *affections chirurgicales de la face, de la bouche et du cou.*

COURS LIBRES. — *Maladies du nez et des oreilles.* — Le Dr Calmettes recommencera son nouveau cours le mercredi 22 mars à sa clinique, 13, rue des Grands-Augustins, de 9 h. à 11 h. du matin, les lundis, mercredis et vendredis. Après la leçon, les élèves sont exercés au diagnostic et à la pratique instrumentale. Leur nombre ne pouvant être que de 6 au maximum, on est prié de s'inscrire à l'avance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie ASSELIN, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

La technique de la palpation et de la percussion, par le Dr Ch. LASÈGUE, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine, etc., et le Dr J. GRANCHER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. Une brochure in-8 avec figures. 1 fr. 50

L'enfant. Causeries sur la manière d'élever les enfants, par le docteur Tony BLANCHE, médecin inspecteur des enfants du premier âge. 1 vol. in-18. 2 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 34 MARDI 21 MARS 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste ; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 34. Mardi 21 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 20 *mars* 1882.

La loi sur l'administration de l'armée, attendue depuis si longtemps par les médecins militaires, a enfin été votée jeudi par la Chambre des députés.

C'est une loi de lassitude ; la Chambre a dû l'adopter sans la discuter. Depuis des années, nous avons assisté à des dissidences regrettables dues aux intérêts des corporations qui existent dans notre organisation militaire, corporations qui ont leurs intérêts et dont l'une surtout avait de puissants moyens d'actions pour défendre ses prérogatives. Nous voulons parler de l'intendance. Les médecins militaires, de par la nouvelle loi, ne relèveront plus de l'intendance, mais, par une exception malheureuse, ils n'auront pas le droit d'ordonnance, aucun des agents d'exécution n'est sous leurs ordres. Tous sont dépendants de l'intendance, puisque c'est elle qui les contrôlera; il ne se passera pas un seul acte administratif qui ne passe sous l'inspection immédiate de l'intendance.

On voit que, jusqu'à présent, il y avait eu en présence l'autorité administrative et l'autorité médicale, toutes deux en lutte, toutes deux en combat permanent.

Aujourd'hui la loi accorde en apparence au corps de santé l'autonomie qu'il réclame depuis si longtemps, mais en lui donnant autorité sur le personnel elle laisse à l'intendance la direction du matériel. Cette contradiction a été justement signalée par M. Martineau dans les termes suivants :

« C'est là un fait regrettable; pour ma part, je ne puis comprendre une organisation dans laquelle les hommes qui ont la responsabilité ne soient pas les maîtres de leurs moyens d'action. Il arrivera fatalement que le conflit que nous voulions détruire, ce conflit qui a été si nuisible à notre armée, continuera à faire sentir sa mauvaise influence. Nous n'aurons pas résolu le problème ; nous aurons simplement déplacé la difficulté. Autrefois, le conflit existait et sur le personnel et sur la matériel ; aujourd'hui il cessera sur le personnel, mais il se maintiendra complètement sur le matériel, et s'il n'y a pas de modifications sur ce point, je crains bien que, dans les campagnes futures, nous ne soyons encore témoins des mêmes résultats, et destinés à entendre les mêmes plaintes et les mêmes récriminations. »

L'avenir nous apprendra si ces craintes sont fondées. Cela dépendra beaucoup du ministère de la guerre. Les débats de jeudi ont appris à la Chambre que le général Farre, le champion de l'intendance,

avait augmenté dans une énorme proportion les cadres de l'intendance, et qu'au moment même où la Chambre se préparait à diminuer dans une énorme proportion également les pouvoirs de l'intendance, l'effectif de ce corps était augmenté d'un tiers.

Contrairement à son prédécesseur, le ministre de la guerre actuel, M. le général Billot, est animé, assure-t-on, de dispositions favorables pour le corps de santé des armées. Il pourra beaucoup améliorer certaines dispositions de la loi quand le moment de l'appliquer sera venu. Le Parlement pourra enfin, plus tard, par des dispositions législatives supplémentaires, améliorer les dispositions d'une loi dont les inconvénients seront faciles à démontrer.

E. B.

HOPITAL LAENNEC. — M. LE D[r] FERRAND.

Observation de sclérose en plaques disséminées. — Débuts apoplectiformes. — Phénomènes hémiplégiques. — Troubles de sensibilité spéciaux.

Par M. G. Lecoq.

Interne des hôpitaux.

L'observation ci-dessous, relative à une malade atteinte de sclérose en plaques disséminées (forme cérébro-spinale), nous a paru digne de mention, aux points de vue suivants :

1° Il s'agit d'une affection relativement rare.

2° Il s'est signalé vers le dixième jour environ de la maladie par une attaque apoplectiforme suivie d'hémiplégie droite, comme dans le cas célèbre de MM. les professeurs Charcot et Vulpian. (Soc. méd. des hôpitaux, 1866, p. 87.)

3° Ces troubles paralytiques sont restés seuls évidents pendant un temps assez long et s'accompagnant d'autres phénomènes moteurs assez peu prononcés pour autoriser peut-être le terme « d'hémichorée post-hémiplégique » souvent émis sur le fait.

4° Par la rapidité d'évolution d'un processus qui a mis 18 mois à peine à se constituer.

5° Enfin, et principalement, par l'existence momentanée de troubles sensitifs spéciaux, analogues à ceux d'une affection bien voisine, l'ataxie locomotrice, troubles qui consistaient en anesthésie en plaques, erreurs de lieu, perversion de sensations.

Les phénomènes sensitifs sont signalés du reste, par la plupart des auteurs, comme assez rares dans la sclérose disséminée.

Obs. — Caroline Th..., couturière de 40 ans, entre le 8 novembre 1881, dans le service de M. le D[r] Ferrand, à l'hôpital Laënnec (salle

Quesnay, lit n° 12). Elle est dirigée sur le service actuel, au sortir de l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Dieulafoy.

Les antécédents héréditaires sont nuls. Le père serait mort vers 48 ans « d'une tumeur à l'estomac ». La mère vit encore bien portante et sans avoir jamais offert de troubles nerveux notables. La malade a de plus un frère et une sœur en parfaite santé.

Artiste lyrique depuis l'âge de 30 ans, elle était couturière auparavant. Elle n'accuse ou n'avoue ni humidité, ni chagrins, ni privations comme cause de sa maladie, ni excès d'aucune sorte.

Réglée à 13 ans. La menstruation était normale jusqu'au moment de l'attaque apoplectiforme qui a signalé le début de la maladie. Après une suppression d'un an environ, elle aurait encore revu une ou deux fois, mais pour être reprise, dans ces quatre derniers mois, d'une suppression absolue.

Mariée à 18 ans. Ele aurait eu 7 grossesses dont 4 fausses couches. Les 3 autres terminées d'une façon normale, sans complications. Les enfants sont morts en bas âge, en nourrice. La malade n'indique pas assez clairement l'étiologie de ces accidents gravidiques. La syphilis, cependant, semble pouvoir être évidemment rejetée.

Comme antécédents pathologiques, nous ne relevons qu'une rougeole dans l'enfance : rhumatisme, syphilis, hystérie peuvent être écartés. Sur ce dernier point cependant, la malade avoue un caractère mobile et coléreux, mais nie l'antériorité et l'existence de toute crise nerveuse.

Sans reconnaître une cause probable à sa maladie, elle nous apprend que, vers le 16 mai 1880, des *crampes*, des *tiraillaments non douloureux, mais fréquents*, se font sentir dans la moitié droite du corps, la face exceptée.

Pas de céphalalgie, pas d'étourdissements, pas de vertiges simultanés; ce dernier symptôme, si important dans l'histoire de la sclérose en plaques, n'a existé que dans la quinzaine consécutive à l'attaque. Elle n'accuse auparavant que des sensations lumineuses passant en éclair devant les yeux.

En cinq ou six jours, les membres du côté droit se paralysent peu à peu. La bouche se dévie, la parole et la voix se troublent au point que la malade ne peut crier par moments.

Au bout de quatre jours, dit-elle, des étourdissements, des maux de tête violents, du délire même apparaissent, puis des pertes de connaissance momentanées, mais fréquemment répétées, entremêlées de rétrocessions, pendant lesquelles elle entend ce qui se dit, voit ce qui se passe autour d'elle, sans pouvoir toutefois ni remuer, ni parler, ni donner signe de vie.

Après un temps variable, elle s'améliore peu à peu ; mais ce ne fut qu'au bout d'un mois environ (juin 80) que la langue recouvra

ses fonctions, que le membre inférieur eut assez de motilité pour permettre à la malade de faire quelques pas en s'appuyant sur une chaise. Il est donc permis de penser plus à une lésion congestive qu'à une production morbide en foyer.

De juillet 80 à janvier 81, de nouveaux symptômes se montrent. — Diplopie, sans qu'il soit possible de préciser l'œil primitivement affecté.

Embarras de la langue, tel qu'il persiste aujourd'hui.

Tremblement du membre supérieur droit, mais seulement, affirme-t-elle, quand elle le remue.

Tremblement, sautillement de la jambe droite, dans les mouvements seulement ; le membre restant assez obéissant.

Vers le mois de janvier 1881, elle consulte à l'hôpital Saint-Pierre, de Bruxelles, y entre et y séjourne jusqu'en mars. Sa maladie aurait été dite : *Paralysie agitante.*

En avril 81, elle vient à Paris et se voit bientôt admise à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Dieulafoy, où elle aurait été soumise au traitement bromoioduré.

Enfin sept mois après, en novembre 1881, elle est dirigée sur le service actuel.

Etat actuel. — L'aspect de la malade est des plus satisfaisants, quant à l'embonpoint. Il convient de remarquer cependant que les masses musculaires du membre supérieur droit sont moins fermes que du côté opposé et moins en relief, sous une couche adipeuse plus abondante.

Le *facies* est remarquable par l'expression de béatitude niaise que présente la malade. Il est semblable à celui que présentait un autre sujet, atteint d'affection identique, et que nous avons momentanément observé dans les premiers jours de l'année, dans le même service.

Cette expression est plus prononcée quand la malade sourit. Ajoutons qu'elle est accompagnée d'une mobilité d'humeur considérable : le sujet riant pour peu qu'on l'examine attentivement; pleurant sans motif sérieux, comme elle le fera tout à l'heure quand elle essaiera de marcher.

Les yeux présentent une légère inégalité pupillaire, au profit de l'œil gauche. — La mobilité de l'iris semble intacte des deux côtés, dans la vision de près ou de loin.

L'œil gauche (opposé au côté paralysé) offre un strabisme paralytique permanent en haut et en dedans.

L'œil droit, symétrique comme situation, présente quelques mouvements saccadés, lorsque la malade, pour regarder à gauche, sans changer la tête de place, doit le conduire vers l'angle nasal.

Il existe donc de la diplopie : — les images restant verticales;

— mais il n'y a aucune modification dans la perception des couleurs. — Il n'y a pas non plus de nystagmus.

La commissure labiale droite est abaissée. — La moitié droite de la face est plus lisse, plus unie que du côté opposé; — la lèvre inférieure semble plus large, plus étalée, dans sa moitié droite.

En faisant ouvrir la bouche, on peut constater que le menton et la mâchoire semblent déviés légèrement à droite.

La langue, ne présentant aucun tremblement fibrillaire, est également déviée à droite, d'une façon peu prononcée, quand elle est sortie de la bouche.

La parole est troublée d'une façon spéciale et presque pathognomonique. Elle est lente, anonnée, empâtée, rarement entachée de bégaiement.

Les mots du reste se présentent facilement à l'esprit. — La mémoire est assez fidèle ; et il n'existe, à part la facilité des rires ou des pleurs, aucun trouble psychique qui permette de penser à la paralysie générale ou à toute autre affection mentale.

La luette et Le voile nous ont paru symétriques, mais manifestement anesthésiés. — On ne peut provoquer de mouvements réflexes avec la piqûre, le chatouillement, le soulèvement des parties : selon la malade, il arriverait parfois que les boissons reviennent par le nez. Nous n'avons pu ni constater ni reproduire le phénomène.

La tête et le cou sont absolument immobiles, en quelque circonstance que ce soit.

Le membre supérieur droit présente des troubles moteurs tout spéciaux.

Il est indemne de contracture et de tout tremblement à l'état de repos.

Dès qu'il exécute un mouvement, il offre de larges oscillations caractéristiques : en demandant, par exemple, à la malade de nous donner sa main, il est soulevé avec sautillements et est dirigé vers le but, qu'il n'atteint, en quelque sorte, que par bonds saccadés qui le font sauter en deçà, en delà du point à atteindre. — De même, pour porter un verre à ses lèvres, la malade est prise des mêmes sautillements, dès le début de l'acte fonctionnel ; à tel point qu'elle se sert du membre gauche, ou même doit avoir recours aux infirmiers.

Le membre inférieur ne présente pas les mêmes anomalies lorsque a malade est examinée dans son lit. Il peut être spontanément souevé, fléchi, étendu, porté à droite, à gauche, sans oscillations notales.

Il se produit des phénomènes bien différents si l'on essaye de faire ever et marcher le sujet. Dès qu'elle cherche à se soulever pour escendre à terre, les jambes étant hors du lit, il survient des mou-

vements incoordonnés, des oscillations telles qu'il faut soutenir la malade pour prévenir sa chute. — A terre, elle ne peut rester sans appui solide. — Elle ne peut rester dans la station verticale, les yeux fermés ou non. Elle vacille et chancèlle, en dehors de tout mouvement. Si on cherche à la faire marcher, elle réclame tout d'abord qu'on la soutienne, tant elle a peur de tomber. Enfin, dès qu'elle soulève une jambe, la droite par exemple, le mouvement se fait avec précipitation : le membre est étendu, lancé en avant pour retomber sur le talon, d'une façon semblable à l'ataxique, car il existe aussi de l'incoordination latérale qui le fait retomber sur le membre gauche ou même au delà.

De plus, le corps tout entier est pris d'oscillations qui troublent l'équilibre. La malade se sent projetée à droite, à gauche, en même temps que le membre supérieur droit est animé de mouvements involontaires, qu'on peut comparer à des mouvements de pantin. C'est à l'occasion de ces troubles, qui rendent la marche presque impossible, que se produisent les rires, puis les pleurs, dont nous parlions plus haut.

Les troubles sensitifs, qui nous semblent dignes d'attention, intéressent principalement le membre supérieur et le cou.

Le nez, la moitié droite de la face, les muqueuses nasale et conjonctivale sont manifestement moins sensibles à la piqûre, au froid, au chatouillement que dans la moitié gauche.

Nous avons noté l'anesthésie du voile, dans toute son étendue.

Le goût, l'odorat sont intacts. L'ouïe ne paraît offrir aucune modification.

La moitié droite du cou, du dos, du thorax sont également moins sensibles aux mêmes procédés d'exploration; de plus, il est des poi[...] où la sensibilité est encore moins conservée.

Ainsi le tiers inférieur du sterno-mastoïdien droit présente [...] plaque sensiblement circulaire de 4 centimètres de diamètre envir[...] qui reste indolente à la piqûre, au froid, au contact.

La région sous-claviculaire, dans toute la longueur de l'os, [...] occupée par une bande anesthésique large parfois de 25 à 30 mil[...] mètres.

Sous le sein droit, existe une troisième zone circulaire de 5 c[...] timètres de rayon environ.

Enfin, dans le dos, on rencontre une dernière région à la p[...] moyenne de l'omoplate, à cheval sur son bord spinal pour s'éte[...] jusqu'au rachis, et empiéter sur la fosse sous-épineuse.

Le membre supérieur droit est fréquemment le siège de cram[...] fourmillements, et présente de plus l'anesthésie non pas en plaq[...] mais générale, bien qu'elle nous paraisse plus marquée sur le do[...] la main.

En ce dernier point, il nous semble exister un retard manifeste dans la perception des sensations : nous n'avons pas cherché à en évaluer la durée.

Enfin, quand on demande à la malade de désigner de sa main gauche le point du membre droit où on la pique, on la pince, on la touche, elle indique un point qui reste toujours sus-jacent de quelques centimètres. D'autres fois, la main gauche vient indiquer la face dorsale du poignet, alors que c'est le bord externe de l'éminence thénar, à sa partie moyenne, qui a été impressionné.

Quant aux perversions de sensations, elles consistent en ce que la malade se dit chatouillée, sent un corps quelconque promené sur le membre, alors que l'on se contente d'appuyer une pointe sur la peau.

Le membre inférieur est par contre intact dans ses divers segments. Le chatouillement est bien perçu, nullement exagéré, même à la plante du pied. La notion du sol est intacte. Le sens de position du membre reste normal. Le membre ne présente, en outre, ni phénomènes douloureux, ni épilepsie spinale. Le réflexe tendineux du genou est nul du côté gauche, alors qu'il est manifeste à droite, c'est-à-dire du côté paralysé.

Nous n'avons plus à ajouter qu'une sensation de froid permanente dans les membres paralysés, que l'intégrité des sphincters, l'absence de crises viscérales, intestinales, gastriques ou autres.

Jusqu'au 30 décembre, époque à laquelle nous avons dû quitter le service, nous n'avions relevé aucune modification dans les phénomènes précités.

Aussi, avons-nous été surpris, le 23 février 1882, de constater chez la malade la disparition des troubles sensitifs, et l'adjonction des phénomènes suivants :

Un léger tremblement de la main droite, mise au repos et étalée sur le lit ;

Un tremblement intentionnel du membre supérieur gauche, à un degré bien moindre cependant que pour le côté droit.

Il n'y a rien de changé pour la face, la parole, les yeux. Il n'existe toujours ni vertiges, ni nystagmus.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 26 janvier 1882.— Présidence de M. le professeur BALL.

La séance est ouverte à 8 h. 1/2.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Chantemesse donne lecture de son rapport sur les titres des candidats aux places de membres titulaires.

M. Jamin communique une observation intitulée : Hernie crurale étranglée ; péritonite cinq jours après l'opération ; évacuation du liquide péritonéal par une seconde opération ; guérison. (V. *France médicale*, n° 16, p. 182.)

On procède ensuite à l'élection de 8 membres titulaires.

MM. Desnos, Malécot, Jamin, Verchère, Gauchas, Bourcy, Martinet et De Larabrie sont nommés membres titulaires de la Société clinique.

La séance est levée à 10 heures.

Les sécrétaires des séances :
H. Barth et P. Merklen.

VARIÉTÉS

Loi sur l'administration de l'armée.

Titre Ier. — *Dispositions générales.*

Art. 1er. — Le ministre de la guerre est le chef responsable de l'administration de l'armée.

Art. 2. — L'administration de l'armée comprend :

Le service de l'artillerie;

Le service du génie;

Le service de l'intendance;

Le service des poudres et salpêtres ;

Le service de santé.

Art. 3. — Le principe général de l'organisation des services ci-dessus énumérés est la séparation en :

Direction;

Gestion ou exécution;

Contrôle.

La direction ne participe pas aux actes de la gestion qui lui est soumise. Le contrôle ne prend part ni à la direction, ni à la gestion. et ne relève que du ministre.

Art. 4. — La délégation des crédits est faite par le ministre aux directeurs des services, qui sont chargés de l'ordonnancement des dépenses. Il fait exception pour le service de santé, dont les crédits sont reçus et les dépenses ordonnancées par le service de l'intendance, ainsi qu'il est dit à l'article 18 de la présente loi.

Dans le service, les directeurs ont la faculté de sous-déléguer tout ou partie de leurs crédits aux fonctionnaires de l'intendance soumis à leur direction.

Titre. III. — *Dispositions générales du service de santé.*

Art. 16. — Les directeurs du service de santé dans les corps d'armée, ainsi que les chefs de service de santé dans les hôpitaux et

ambulances, sont pris parmi les membres du corps des médecins militaires.

Les rapports de ces fonctionnaires entre eux et avec le commandement et les autres services sont réglés par les articles qui précèdent.

Ils ont, en ce qui concerne l'exécution du service de santé, autorité sur tout le personnel militaire et civil, attaché d'une manière permanente ou temporaire à leur service. Ils donnent des ordres, en conséquence, aux pharmaciens, aux officiers d'administration et aux infirmiers des hôpitaux et ambulances, ainsi qu'aux troupes des équipages militaires et autres momentanément détachés auprès d'eux pour assurer le service de santé. Les infirmiers et troupes ainsi détachés rélèvent de leurs chefs de corps respectifs, en ce qui concerne l'administration, la police et la discipline intérieures du corps.

Les prescriptions du directeur ou des chefs de service de santé sont exécutoires par le personnel chargé de la gestion, dans les limites des règlements et des tarifs. Ils peuvent, dans les cas urgents, prescrire sous leur responsabilité, même pécuniaire, des dépenses non prévus par les règlements; mais, en ce cas, ils donnent leurs ordres par écrit et en préviennent immédiatement le commandement.

Ils surveillent le matériel et les magasins d'hôpitaux et ambulances ; ils s'assurent que les approvisionnements sont au complet déterminé par le ministre, en bon état d'entretien et disponibles pour le service. Ils rendent compte au commandement et lui font connaître eurs besoins.

Art. 17. — Les pharmaciens et officiers d'administration chargés 'exécuter les ordres du directeurs ou des chefs de service de santé euvent être rendus pécuniairement responsables du montant des épenses non prévues par les règlements, pour lesquelles l'ordre is-mentionné ne leur aurait pas été délivré. Ils sont tenus de transettre immédiatement la copie de cet ordre écrit au fonctionnaire l'intendance ordonnateur.

Art. 18. — Le service de l'intendance ordonnance, ainsi qu'il est à l'article 4, toutes les dépenses du service de santé. Il vérifie gestion en deniers et en matières des pharmaciens et officiers dministration, et leur donne directement des instructions pour la ne tenue des écritures et l'observation des lois et règlements sur comptabilité.

Le service de l'intendance est également tenu, sous l'autorité du nmandement, de fournir le matériel et les approvisionnements nésaires aux hôpitaux et aux ambulances.

Art. 18. — Dans le corps de troupes, le chef du service de santé xerce son autorité qu'au point de vue technique, en ce qui conne l'hygiène et la science médicale. L'action administrative

appartient au personnel chargé de l'administration intérieure des corps de troupes, ainsi qu'il est dit aux titre ci-après.

Art. 20. — L'organisation du service spécial et distinct de santé, auprès du ministre de la guerre, en conformité de la présente loi, sera réglée par un décret.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, par *E. Lancereaux*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de l'Académie de médecine, etc. T. II, (suite et fin). Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1879-1881. 1 vol. in-8°, avec 179 fig.

Nous avons rendu compte en 1880 (page 357) de la première partie de ce volume ; la seconde partie, qui vient de paraître et qui le complète, traite de l'anatomie pathologique du système sanguin ; elle étudie séparément le sang, le cœur, les artères et les veines.

L'analogie qui existe entre le système sanguin et le système lymphatique explique les lésions identiques des deux systèmes. Si, par exemple, le rhumatisme attaque le système lymphatique dans l'état aigu, il attaque le système sanguin dans l'état chronique.

Ce sont, comme on le voit, des idées de généralisation qui dominent dans l'esprit de M. Lancereaux et qui lui font établir des rapports pathogéniques dans tous les organes similaires. Ainsi, entre la goutte et le rhumatisme, l'analogie est incontestable ; les lésions anatomiques ont de grands rapports entre elles. La goutte, par exemple, localise ses altérations dans le système artériel, tandis que le rhumatisme les localise dans le cœur.

Nous avons exposé le plan suivi par M. Lancereaux ; nous n'avons pas à y revenir. Seulement nous croyons devoir nous arrêter sur certains points particuliers. M. Lancereaux émet dans son second volume quelques idées originales qu'il est bon de signaler.

Beaucoup d'auteurs ont de la tendance à créer presque à l'infini des maladies, comme on le voit pour les endocardites. M. Lancereaux n'admet que des endocardites exsudatives, suppuratives, et prolifératives. Toutes les autres espèces rentrent dans ces trois classes. Il n'admet pas, comme quelques auteurs, une endocardite blennorrhagique (p. 730), car les lésions articulaires de la blennorrhagie diffèrent essentiellement de celles du rhumatisme et par leurs caractères anatomiques et par leur évolution. D'ailleurs aucune autopsie n'est venue jusqu'à ce jour confirmer l'opinion de ces auteurs.

M. Lancereaux ne croit pas davantage à l'endocardite syphilitique : il n'a jamais trouvé de lésions caractéristiques dans les nom-

breuses autopsies qu'il a pratiquées. Si la syphilis affecte l'endocarde, c'est en même temps que le myocarde et jamais indépendamment. Du reste, les travaux sur la myocardite syphilitique sont récents.

Nous laisserons un peu de côté toutes les lésions du cœur pour arriver aux maladies des artères et des veines.

M. Lancereaux s'occupe des anomalies de développement, de nutrition des artères. Dans ces dernières rentrent les phlegmasies ou artérites. M. Lancereaux cherche à combler les lacunes des classifications admises jusqu'à ce jour, classifications bien incomplètes, puisqu'on se bornait à admettre des artérites aiguës et des artérites chroniques, ou bien des périartérites ou des endo-artérites.

L'auteur admet des artérites exsudatives, suppuratives et proliférantes. Dans ces dernières, il range l'artérite syphilitique, peu étudiée jusqu'à ce jour et sur laquelle il a fait les premiers travaux, remontant à 1866. Viennent ensuite les artérites tuberculeuses, emboliques.

Il est une variété d'artérite assez peu connue et à laquelle M. Lancereaux consacre un chapitre : nous voulons parler de l'artérite en plaques, qui se rencontre dans des circonstances pathologiques restreintes. Sa cause la plus commune est l'impaludisme. Sur 20 cas, il a rencontré 11 fois l'impaludisme.

L'étude des anévrysmes occupe une certaine place dans le Traité d'anatomie pathologique. L'auteur les considère dans les différentes régions et pose comme loi que *l'anévrysme est d'autant plus fréquent que l'artérite est plus circonscrite*, ce qui l'amène tout naturellement à expliquer l'influence de la syphilis, de la tuberculose, de l'impaludisme sur la formation des anévrysmes.

Dans le chapitre qui traite des hyperplasies artérielles, M. Lancereaux appelle l'attention sur des lésions qui, bien que fréquentes, ont été peu étudiées : nous voulons parler de la stéatose, qu'on rencontre aussi bien dans les grosses artères que dans les capillaires, qui est partielle ou générale et affecte habituellement l'aorte et l'artère pulmonaire dans le premier cas, ou bien ces vaisseaux et beaucoup d'autres dans le second cas.

Signalons, en passant, la leucomatose, l'hyalinose, la calciose, qui terminent le chapitre des hyperplasies, — les thromboses et embolies des artères, qui constituent des anomalies de circulation, — les anomalies accidentelles, comprenant le parasitisme des artères et enfin le traumatisme.

Le chapitre IV et dernier est consacré aux affections des veines, pour lesquelles l'auteur suit le même ordre que pour les artères.

Chaque chapitre est suivi d'une bibliographie, sinon complète, au moins soigneusement choisie. M. Lancereaux n'a pas perdu de vue cet aphorisme que les observations doivent plutôt être appréciées que comptées, *non numerandæ, sed perpendendæ*. Ceux qui le connais-

sent savent qu'il est un observateur patient et consciencieux, ce qui explique et excuse la lenteur avec laquelle les deux premiers volumes ont paru. Espérons que le troisième et dernier volume paraîtra bientôt et complétera ainsi un traité d'anatomie pathologique déjà classique. A. CORLIEU.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 13 au 18 mars 1882.

GUIGNARD Contribution à l'étude des chancres syphilitiques extra-génitaux. — LABBÉ. Etude sur les granulations de Pacchioni suivie d'une note sur les moyens de communication de la circulation veineuse intra-crânienne avec l'extérieur du crâne. — PANNIER. Etude sur l'occlusion des paupières chez l'embryon. — RAYNAL. De l'emploi du chlorure de zinc dans le traitement des tumeurs solides. — NUNEZ. Etude sur les vices de conformation de l'urèthre chez la femme. — GAUQUELIN. Etude de la mégaloglossie. — BASTARD. De la thrombose veineuse dans les tumeurs fibreuses de l'utérus. — BATTESTI. Du staphylome pellucide et de son traitement. — BOUSSAVIT. Contribution à l'étude de la cystite des calculeux. — COHADON. Contribution à l'étude de l'albuminurie dans le cours des accidents secondaires de la syphilis.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux.* — Ce concours s'ouvrira le lundi 27 mars, à midi.

Les noms tirés au sort pour constituer le jury sont ceux de MM. Mauriac, Liouville, Th. Anger, Gosselin, Panas, de Saint-Germain, Depaul, Désormaux, L. Championnière,

Les candidats inscrits sont : MM. Bureau, Verrier, Carafi, Porak, Schweich, Budin, Ribemont, Loviot, Doléris, Bar, Pinard, Vermeil, Maygrier, Champetier de Ribes, Stapfer, Martel.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 10 *au* 16 *mars* 1882. — Fièvre typhoïde, ... — Variole, 16. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 60. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 9. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 52. — Phthisie pulmonaire, 237. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 74.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 58.

Bronchite aiguë, 56. — Pneumonie, 103. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 50; au sein et mixte, 29; inconnu, 1. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 117; l'appareil circulatoire, 68; l'appareil respiratoire, 86; l'appareil digestif, 34; l'appareil génito-urinaire, 31; la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 3. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 4. — Nombres absolus de la semaine, 1.216.

Résultats de la semaine précédente : 1.363.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 35 JEUDI 23 MARS 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

RÉDACTEUR EN CHEF
Le Dr E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
On s'abonne chez A. DELAHAYE et E. LECROSNIER et dans tous les Bureaux de poste; l'abonnement se continue sauf avis contraire. — Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique. 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 35 Jeudi 23 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 22 mars 1882.

La discussion sur le chloroforme a continué par un discours de M. Gosselin. L'éminent chirurgien s'est ému des reproches lancés contre son aphorisme : « Le chloroforme bien administré, même légèrement impur, ne tue jamais. » On accuse M. Gosselin de menacer tous les chirurgiens qui ont eu le malheur de perdre un malade et d'exciter les tribunaux à sévir contre eux. Mais cet aphorisme n'est pas de M. Gosselin, il est de M. Sédillot; il avait déjà suscité, en 1851, les mêmes critiques et cependant on n'a pas entendu dire qu'un chirurgien ait été traduit devant les tribunaux pour avoir vu un de ses malades mourir sous le chloroforme. Les jeunes chirurgiens peuvent être sans crainte : s'ils étaient appelés devant les tribunaux, ils pourraient y aller forts de leur conscience et les juges ne les condamneraient jamais.

On a affaire à trois catégories de sujets : ceux qui supportent très bien de fortes doses de chloroforme; ceux chez lesquels de fortes doses amènent des symptômes qui indiquent un danger menaçant, mais qui reviennent à eux lorsqu'on cesse l'emploi de l'anesthésique ; *enfin la* troisième catégorie comprend les sujets qui meurent brusquement sans aucun accident prémonitoire. Ces derniers sont de beaucoup moins nombreux, mais il est en effet redoutable de se trouver en leur présence. M. Gosselin pense que sa méthode des intermittences comptées aurait pour effet de diminuer ou même de faire disparaître cette catégorie.

M. Tillaux est un des heureux chirurgiens qui, malgré une très vaste pratique, n'ont encore perdu aucun malade par le chloroforme ; il fait des intermittences, mais comme à peu près tout le monde, pendant le temps nécessaire pour charger de nouveau la compresse de chloroforme ; il ne croit pas qu'il soit possible d'appliquer exactement dans la pratique la méthode numérique de M. Gosselin.

Note sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne (1).

Par M. le Dr E. Régis,
Chef de clinique des maladies mentales.

M. le professeur Ball a présenté à l'Académie de médecine, dans sa dernière séance, un intéressant malade du service de la

(1) Communication faite à la Société médico-psychologique.

Clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, que je vous demande, à mon tour, la permission de vous présenter.

Il s'agit d'un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne.

Le malade est un jeune homme de 22 ans, qui n'offre pas d'antécédents héréditaires fâcheux, et dont l'existence a été normale jusqu'à l'âge de 13 ans.

A cette époque, très probablement sous l'influence d'un soufflet qu'il reçut d'un de ses camarades, à l'école Turgot, son oreille gauche commença à couler, et M. le Dr Tillaux, appelé peu après, constata chez lui l'existence d'une otite purulente avec perforation de la membrane du tympan.

Malgré le traitement prescrit qui, du reste, ne fut pas suivi d'une façon régulière, le mal empira peu à peu; l'écoulement devint chronique, et bientôt des sifflements et des bourdonnements se manifestèrent dans l'oreille lésée, dont l'acuité auditive diminua sensiblement.

A 16 ans 1/2 le malade fut atteint d'une fièvre typhoïde, et cette maladie, qui prit un caractère des plus graves, s'accompagna de délire et fut même suivie de rechute, vint modifier complètement l'é[illegible] des choses.

Localement, elle détermina une aggravation des symptômes [illegible] l'otite, c'est-à-dire que l'écoulement devint plus abondant, les bourdonnements plus intenses et la surdité du côté gauche à peu [illegible] complète.

Mais son principal résultat fut d'arrêter brusquement le malade [illegible] pleine voie d'évolution physiologique. Ce jeune homme, encore [illegible] complètement développé, n'a plus grandi depuis cette époque [illegible] sorte qu'il ne porte pas, comme on dit, son âge. Au point de vue [illegible]tellectuel, non seulement il n'a fait aucun progrès, mais encore [illegible] perdu une partie des connaissances déjà acquises, et, ainsi qu'il [illegible] si fréquemment à la suite des fièvres typhoïdes graves, il a [illegible] facultés, et en particulier sa mémoire, diminuer notablement.

Voilà donc le terrain changé. D'une part, l'irritation senso[illegible] périphérique s'accroît, de l'autre le cerveau auquel elle se tra[illegible] cesse d'être un cerveau normal, capable de se soustraire com[illegible]ment à cette influence pathologique.

Dès lors aussi la scène change, et les bruits morbides, jusqu'[illegible] bornés à des bourdonnements et à des sifflements sans impor[illegible] s'organisent peu à peu, se perfectionnent pour ainsi dire, et [illegible] série de modifications progressives, aboutissent finalement à [illegible] articulée, c'est-à-dire à l'hallucination à son degré le plus par[illegible]

Ce sont d'abord les bourdonnements et les sifflements qui [illegible]nent plus continus et plus fatigants, au point de s'opposer à [illegible]

vail intellectuel, à toute contention d'esprit; puis, et je me sers ici des propres expressions du malade, ce sont des bruits de rivières qui coulent, d'eau qui tombe sur des rochers, des détonations brusques d'armes à feu; un peu plus tard, ce sont des chants, des chœurs, d'abord étouffés et comme lointains, puis, plus distincts et plus rapprochés, et parmi lesquels dominent les voix de soprano; plus tard encore, il semble au malade qu'on l'appelle, qu'on lui crie son nom; enfin la voix entendue devient nettement articulée, on l'injurie, on l'insulte, on l'appelle : « *voleur!* » « *souteneur!* » On lui prodigue les épithètes les plus malveillantes et les plus grossières.

Telle a été la gamme ascendante des bruits morbides chez ce malade, et tous ces bruits, depuis le simple bourdonnement jusqu'à l'injure nettement formulée, il les a toujours uniquement perçus par l'oreille gauche, c'est-à-dire par une oreille malade, qui se trouve absolument incapable de percevoir le moindre son venant de l'extérieur.

Chose également remarquable, sur cette pente dangereuse où il glissait ainsi peu à peu, notre jeune homme n'est point allé jusqu'à la folie, et, quoique ayant nettement des hallucinations, il les apprécie avec justesse et les rapporte à leur véritable point de départ.

Ainsi, dans le principe, lorsqu'il s'entendait insulter dans la rue, il se retournait aussitôt vers le passant le plus proche en lui disant d'un air courroucé : « *Que me voulez-vous?* » — Et comme on lui répondait toujours : « *Je ne vous ai rien dit* », il ne tarda pas à se convaincre qu'il s'agissait là d'un état pathologique, et que son mal d'oreille lui faisait entendre des mots, comme autrefois il lui provoquait des bourdonnements.

Aussi, lorsque depuis il s'entendait encore insulter, spontanément il se retournait, ne pouvant malgré tout se soustraire à l'influence de cette brusque appellation; mais presque aussitôt, il revenait à lui et se mettait à rire en se disant : « *C'est mon oreille qui me fait cela!* »

Sa conviction n'a plus varié à cet égard. Jamais il n'a présenté de délire à proprement parler; il a conscience de son état, et c'est spontanément qu'il est venu à la consultation de la clinique pour nous prier de le guérir et de son mal d'oreille et de ses hallucinations.

Telle est, esquissée à grands traits, l'histoire de cet intéressant malade. J'ajoute que M. le Dr Miot, qui l'a examiné, a reconnu chez lui l'existence d'une inflammation chronique de l'oreille moyenne avec bourgeons charnus, otorrhée purulente et perforation de la membrane du tympan du côté gauche, et que le traitement local auquel nous l'avons soumis depuis quelques jours a déjà fait diminuer son écoulement d'oreille et aussi ses hallucinations, qui aujourd'hui ont

cessé d'être articulées et ne sont plus représentées, comme autrefois, que par de simples bourdonnements.

Examinons en quelques mots, maintenant, les principales considérations que soulève le fait dont je viens de vous retracer l'histoire.

Je ferai remarquer tout d'abord, sans vouloir en quoi que ce soit provoquer une nouvelle discussion sur la *compatibilité possible de l'hallucination avec la raison*, que le malade, bien qu'halluciné, n'est pas un véritable aliéné, j'entends un aliéné délirant. Sans doute son intelligence, enrayée en pleine voie d'évolution par une fièvre typhoïde grave, est restée définitivement amoindrie; sans doute son mal actuel, et cela se comprend sans peine, n'est pas sans l'affecter beaucoup; sans doute enfin il présente quelques particularités dans le caractère, et surtout une grande tendance à l'irascibilité; mais tout cela, en somme, ne constitue pas réellement de la folie. Il reste encore au malade un dernier pas à franchir.

Et c'est, en y réfléchissant bien, un état assez curieux que celui qu'il présente à ce point de vue.

Voilà un individu qui non seulement est halluciné, mais encore chez lequel l'hallucination revêt un caractère manifestement injurieux, et qui s'entend dire, de tous côtés, les choses les plus désagréables. Assurément, il lui reste bien peu de chose à faire pour devenir fou. Et que faut-il pour cela? Tout simplement que son intelligence, à laquelle sont constamment apportés, par le fait d'une irritation sensorielle périphérique, des bruits insultants, c'est-à-dire les matériaux d'un véritable délire déjà tout près d'éclore, s'empare de ces prémisses et en tire cette conséquence erronée, mais cependant si naturelle : « *On m'insulte, donc on m'en veut.* » La déduction est vraiment logique, et la pente pour ainsi dire fatale. De l'hallucination injurieuse à l'idée de persécution, qui en est presque la résultante obligée, il n'y a qu'un pas; mais ce pas, notre malade s'est constamment refusé à le franchir, et cette déduction qui suffirait à faire de lui un aliéné, son esprit l'a toujours rejetée bien loin comme absurde; jamais il n'a vu dans les voix qu'il entendait que ce qu'il y avait réellement, c'est-à-dire des bruits morbides ayant leur point de départ dans le mal d'oreille dont il souffrait.

Et qu'on ne dise pas que, s'il n'a pas subi l'ascendant de ses hallucinations au point de verser dans le délire, c'est uniquement par ce motif que ses hallucinations avaient quelque chose d'imparfait et ne produisaient pas en lui ce sentiment de réalité si absolue qui fait qu'elles s'imposent et forcent pour ainsi dire la conviction. Tout au contraire, le phénomène hallucinatoire était chez lui si précis, et les insultes qui le composaient si nettement formulées, que tout en sachant de quoi il s'agissait, le malade, vous l'avez vu, ne pouvait s'empêcher de s'y laisser prendre et se retournait malgré lui brusque-

ment, prêt à demander compte à ses voisins de l'injure qu'il venait d'entendre. Ce n'est que le premier moment passé qu'il revenait à lui et se rendait compte de son erreur.

Ainsi donc, premier point intéressant à signaler : *le malade est un halluciné sans être un fou véritable, un fou délirant.*

Une autre déduction importante que je tiens à tirer de cette observation, c'est qu'elle vient directement à l'appui des explications que j'ai formulées dans un mémoire précédent sur la genèse de l'hallucination unilatérale.

Vous savez, Messieurs, que l'hallucination unilatérale est un phénomène très peu connu, dont il est à peine fait mention dans les travaux des divers auteurs, et qui n'avait jamais été, jusqu'à ces derniers temps, l'objet d'une étude spéciale. Aussi, les théories les plus variées et les plus nombreuses se sont-elles fait jour relativement à son mode de production.

Michéa, le premier qui ait signalé ce phénomène d'une façon précise, se demande « si une certaine modification des fibres nerveuses sensorielles, produite par une quantité de sang moindre dans leurs vaisseaux capillaires ou par un raptus trop violent de ce liquide, ne remplacerait pas, dans le mécanisme de sa production, l'influence de la sensation extérieure, du moteur externe ».

M. Luys et M. Ritti, qui ont brillamment défendu, dans leurs travaux, cette ingénieuse théorie anatomo-physiologique, qui fait de la couche optique une réunion de centres sensoriels destinés à recueillir et à irradier vers l'écorce cérébrale les sensations venues du dehors, ont expliqué la production de l'hallucination en général par une lésion l'un des centres de la couche optique ; d'où ils ont été amenés à conclure que l'hallucination unilatérale devait avoir pour cause la perturbation fonctionnelle de la moitié d'un de ces centres.

Robertson, lui, attribue la production de l'hallucination unilatérale à l'autonomie et à l'indépendance d'action des deux hémisphères t en fait, dans l'ordre sensoriel, un phénomène analogue aux convulsions unilatérales dans l'ordre moteur.

Enfin, et cela ne pouvait manquer de se produire avec la tendance ıx localisations cérébrales, un peu exagérée peut-être, qui règne l'heure actuelle, une autre théorie, qui semble gagner du terrain, connaît, comme point de départ de l'hallucination, l'irritation de ntres sensoriaux situés dans l'écorce cérébrale ; en sorte que, pour s partisans de cette théorie, — et M. le professeur Tamburini, de odène, s'est fait, tout récemment encore, au congrès international Londres, l'interprète de cette manière de voir, — l'hallucination ilatérale résulterait de la lésion unilatérale d'un de ces centres rticaux.

En somme, il n'y a là que de pures hypothèses, et il manque à

toutes ces théories la sanction clinique qui seule peut donner le caractère d'irrécusable vérité qui leur fait défaut.

J'ai publié, l'année dernière (1), le premier cas d'hallucination unilatérale de l'ouïe qui eût manifestement son point de départ dans une lésion matérielle unilatérale du sens affecté.

Dans ce cas, comme dans celui-ci, car les deux faits sont absolument analogues, à cette différence près que le phénomème siégeait à droite tandis qu'ici il siège à gauche, il s'agissait d'une otite moyenne avec écoulement purulent et perforation de la membrane du tympan, déterminée par un traumatisme et sur laquelle étaient venues s'enter des hallucinations qui disparurent avec l'otorrhée, sous l'influence d'un traitement purement local.

Je me crois donc en droit de répéter, et cette fois avec d'autant plus de raison que voici un nouveau cas des plus probants, que l'*hallucination unilatérale reconnaît pour cause une lésion unilatérale de l'organe du sens dans lequel elle se localise.*

Et cette lésion peut être non seulement une irritation matérielle ou exclusivement périphérique, mais aussi une lésion purement fonctionnelle, un trouble physique pouvant siéger jusqu'aux parties les plus profondes et les plus centrales de l'organe intéressé.

S'agit-il bien réellement dans ces faits d'hallucinations, ou ne sont-ce pas plutôt des illusions sensorielles, ce qu'on est convenu d'appeler des illusions internes?

Je suis loin de nier le fait, mais alors, s'il faut faire rentrer dans le cadre des illusions internes toutes les perceptions pathologiques qui ont leur point de départ dans une lésion des organes des sens, la plupart, sinon toutes les hallucinations, ne vont plus être que des illusions internes puisque — partisans de la théorie des centres de la couche optique ou de celle des centres corticaux — tous les auteurs tendent aujourd'hui à localiser la cause première des hallucinations dans une perturbation matérielle de l'organe du sens, à un point quelconque de son étendue.

Il ne s'agit plus ici, comme on le voit, que d'une simple question de mots, et, hallucination ou illusion, il n'en est pas moins vrai que le phénomène reconnaît pour cause une lésion unilatérale de l'organe sensoriel.

Messieurs, prouver par des faits tangibles que l'hallucination unilatérale a pour principe une lésion matérielle, un trouble physique, c'est, si je ne me trompe, apporter un nouvel argument, et un argument bien puissant, on en conviendra, en faveur de l'intervention des organes des sens dans la production des hallucinations, qui, déjà formulée au commencement du siècle par quelques auteurs, et notam-

(1) Des hallucinations unilatérales (journal l'*Encéphale*, 25 mars 1881).

ment par Foville père, a été surtout développée par M. Baillarger qui lui a pour ainsi dire attaché son nom.

Cette théorie, adoptée par la grande majorité des aliénistes, admet, comme vous le savez, dans la production de l'hallucination, l'intervention de deux éléments différents : un élément sensoriel, point de départ du phénomène, et un élément psychique qui lui donne sa forme définitive.

Le seul point sur lequel l'accord ne soit point encore établi, c'est le siège qu'il convient d'attribuer au trouble matériel, point de départ de l'hallucination, les uns le plaçant, comme MM. Luys et Ritti, dans les centres de la couche optique. les autres, avec M. Tamburini, dans les centres sensoriaux de l'écorce, les derniers enfin, comme Foville père, « dans les parties nerveuses intermédiaires aux organes des sens et au centre de perception, ou dans les parties cérébrales auxquelles aboutissent les nerfs des sensations de l'écorce ».

Pour ma part, je me range modestement à l'opinion si large que M. le professeur Ball a déjà défendue dans ses cours et qu'il a tout récemment encore exposée devant l'Académie, et je crois avec mon savant maître qu'il n'est pas un seul point de l'organe du sens, depuis sa partie la plus extérieure jusqu'à sa partie la plus profonde et la plus reculée dans le territoire cérébral, qui, sous l'influence d'une altération quelconque, ne puisse devenir, *chez un sujet prédisposé*, la source d'hallucinations.

En résumé, Messieurs, le cas sur lequel je viens d'appeler votre attention me semble présenter ce triple intérêt : 1° *qu'il offre un exemple d'hallucinations compatibles avec la raison proprement dite; 2° qu'il établit manifestement l'origine matérielle de l'hallucination unilatérale; 3° enfin, qu'il apporte une preuve en faveur de l'intervention des organes des sens dans la production des hallucinations.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 *mars* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

M. Lasègue présente, en son nom et au nom de M. Regnauld, un travail sur le chloroforme et son emploi thérapeutique en dehors de l'inhalation.

RECHERCHES SUR LA PRODUCTION DE L'OXYCHLORURE DE CARBONE DANS LE CHLOROFORME, par MM. J. Regnauld et E. Roux.—*M. J. Regnauld* résume ainsi les premiers résultats obtenus dans ces recherches :

1° L'étincelle d'une bobine de Ruhmkorff, jaillissant dans un mélange de vapeur de chloroforme et d'air atmosphérique, donne immé-

diatement naissance à une grande proportion d'oxychlorure de carbone.

2° Lorsque, dans un appareil à effluve, on fait circuler lentement de l'air saturé de vapeur chloroformique, le chloroforme est détruit et fournit un produit gazeux presque exclusivement constitué par du phosgène (oxychlorure de carbone) reconnaissable à son odeur suffocante intolérable et à sa transformation en carbonate et chlorure de baryum au contact de l'hydrate de baryte dissous.

3° Dans un récipient contenant une ampoule de verre mince pleine de chloroforme et fermée à la lampe, on fait le vide, puis on introduit de l'air ozonisé par l'effluve. Dès qu'on rompt l'ampoule, la vapeur du chloroforme, au contact de l'air ozonisé, se métamorphose en oxychlorure de carbone facile à caractériser par les moyens précités.

4° En présence de l'oxygène de l'air, le chloroforme se transforme donc en oxychlorure de carbone, par le passage de l'étincelle et de l'effluve. De plus, la production de phosgène est indépendante des phénomènes thermiques et électriques des deux premières expériences, puisqu'elle a lieu au simple contact de la vapeur de chloroforme et de l'air ozonisé.

5° Si, dans un appareil à effluve, on dirige un courant d'azote entièrement privé d'oxygène et mélangé à de la vapeur de chloroforme, ce dernier le décompose. Grâce à l'absence d'oxygène, aucune trace d'oxychlorure de carbone ne prend naissance. On constate la formation de l'acide chlorhydrique et d'hydrocarbures remarquables par leur odeur intense et persistante qui rappelle au plus haut point l'arome de plusieurs huiles essentielles appartenant au groupe $C^{10}H^{16}$.

L'ANESTHÉSIE PAR LE CHLOROFORME. — *M. Gosselin* n'avait l'intention de reprendre la parole qu'après tous ceux qui devaient parler de la technique des inhalations chloroformiques ; mais il désire montrer l'exagération des critiques formulées contre lui.

Ainsi que l'a dit M. Verneuil, les chirurgiens administrent le chloroforme de façons très diverses. D'ailleurs, quel que soit le mode d'administration, on a affaire à trois catégories de sujets : 1° ceux qui supportent facilement de fortes doses de chloroforme ; 2° ceux chez lesquels une dose un peu trop forte amène des phénomènes qui indiquent un danger menaçant ; on retire le chloroforme et tous les accidents disparaissent ; 3° ceux qui meurent brusquement et sans aucun accident prémonitoire.

Il y a donc là, dans cette troisième série, un véritable danger à courir. Le but de M. Gosselin est de faire connaître un mode d'administration qui a pour but de diminuer ou même de faire disparaître cette troisième série.

Dans ce mode d'administration il y a trois choses principales : 1° la progression des doses ; 2° la substitution, dès le début et pendant toute la séance, d'intermittences voulues, comptées, aux intermittences involontaires ; M. Gosselin ne s'est pas donné comme l'inventeur des intermittences prophylactiques ; ces intermittences ont déjà été formulées par Sédillot ; 3° la prescription formelle donnée à l'aide de ne pas donner le chloroforme quand le malade est bien endormi, d'entretenir seulement l'anesthésie sans l'exagérer.

M. Gosselin en agissant ainsi fait une chose inutile, il est vrai, pour les sujets des deux premières catégories, mais au moins il ne fait rien contre eux.

M. Perrin pense que les intermittences retardent beaucoup trop les progrès de l'anesthésie et éternisent la séance. M. Perrin oublie que, de l'éther, du chloroforme et du protoxyde d'azote, le chloroforme est celui qui s'élimine le plus lentement. Loin de retarder l'anesthésie, les intermittences au contraire la rendent parfois plus rapide en supprimant les arrêts forcés.

MM. Le Fort et Perrin demandent si le procédé de M. Gosselin pourrait mettre à l'abri de la mort causée par la syncope au début de la chloroformisation. Mais M. Gosselin ne croit pas à la syncope simple, mortelle, et il rapporte ces cas de mort au chloroforme lui-même. Il pense donc que c'est l'arrivée brusque ou l'excès de chloroforme qui a causé ce malheur. M. Gosselin attribue toujours la *mort* à ce que le malade a pris plus de chloroforme qu'il n'en devait prendre ou qu'il l'a pris trop vite.

M. Gosselin répond également à cette objection de M. Le Fort que, pour baser son opinion, M. Gosselin a sans doute employé volontairement du chloroforme impur. Il a pu employer du chloroforme qui n'offrait pas tous les caractères du bon chloroforme signalés par M. Regnauld.

M. Gosselin proteste contre la théorie de la fatalité en chirurgie, et ne croit pas qu'il y ait des malades fatalement voués à la mort s'ils respirent du chloroforme, de même qu'il combattait l'opinion de Velpeau et de Michon, ses anciens maîtres, lorsque ceux-ci admettaient la fatalité de l'infection purulente.

M. Gosselin en vient enfin au point principal de la question, à l'aphorisme qui lui a été tant reproché : le chloroforme bien administré, même quand il est légèrement impur, ne tue jamais. Mais cet aphorisme n'est pas de M. Gosselin, il est de Sédillot, il a été repris récemment par M. L. Championnière. Sédillot a déjà répondu en 1851 à cette objection ; depuis, le temps en a fait justice ; si les médecins sont déférés devant les tribunaux pour des faits de ce genre, ils seront toujours acquittés, parce qu'ils auront agi noblement selon leur conscience.

M. Tillaux. Il est du devoir de chaque chirurgien de donner son opinion dans cette importante question.

Depuis une vingtaine d'années que M. Tillaux donne le chloroforme dans toutes les opérations, il n'a jamais eu d'accidents. Il croit donc que son procédé est bon et désire le faire connaître à l'Académie.

Assurément, il faut des intermittences dans l'administration du chloroforme, mais il est peu facile dans la pratique, il est même à peu près impossible, de suivre exactement la formule proposée par M. Gosselin.

Voici une autre objection à faire à la technique. Il y a des malades qui s'endorment dès les premières inspirations. Si on continuait quand même dans ces cas-là, on pourrait les tuer.

La mort dépend-elle le plus ordinairement du mode d'administration du chloroforme? M. Tillaux partage absolument sur ce point l'opinion de M. Gosselin; il croit que la plus grande partie au moins des accidents tiennent au mode d'administration.

Toutefois il est certain qu'il y a des malades qui meurent dès le début de la chloroformisation.

M. Tillaux n'a jamais eu de mort par le chloroforme, mais il a eu comme tout le monde des alertes, et ces alertes étaient toujours provoquées par une faute.

Quel est le meilleur mode d'anesthésie? La compresse est le plus simple de tous les appareils, elle nécessite plus d'attention. M. Tillaux prend une compresse épaisse, un peu usée ou à mailles assez larges, de manière que le chloroforme puisse circuler. On sème sur elle une quantité quelconque de chloroforme, il faut s'en rapporter pour cela aux effets produits. M. Tillaux a eu hier à opérer un malade alcoolique, sur lequel il n'a pu arriver à l'anesthésie qu'avec 300 grammes de chloroforme.

La plupart des fautes sont commises, parce que l'aide qui donne le chloroforme cesse de s'occuper de son malade pour suivre l'opération.

M. Tillaux est surtout inquiet quand il donne le chloroforme à un sourd, parce qu'il se guide beaucoup sur les réponses que lui fait le malade pour suivre les progrès de la chloroformisation.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de M. Fournier, sur les candidats au titre de membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique des maladies de l'enfance, par le Dr *Cadet de Gassicourt*, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. T. II. Paris, Octave Doin, éditeur.

Les premières leçons contenues dans ce volume sont consacrées à l'étude des maladies congénitales du cœur.

L'auteur montre tout d'abord la fréquence des maladies du cœur chez l'enfant, et les divise en deux groupes : maladies congénitales, maladies acquises.

Après une étude du développement du cœur, M. Cadet de Gassicourt entre dans la description des maladies congénitales, et d'abord des anomalies cardiaques d'ordre clinique ; il nous montre combien est fréquente la coïncidence des diverses anomalies.

Il étudie ensuite : 1° le rétrécissement de l'artère pulmonaire ; 2° l'inocclusion du trou de Botal ; 3° l'inocclusion du septum interventriculaire. Nous recommandons tout particulièrement les leçons sur la cyanose et sa pathogénie. Viennent ensuite les chapitres relatifs au rhumatisme et aux maladies du cœur. L'auteur insiste sur la grande fréquence de la péricardite rhumatismale chez l'enfant; c'est cette péricardite qui amène dans un grand nombre de cas la terminaison fatatale, et qui justifie la gravité du pronostic du rhumatisme chez l'enfant. L'endocardite est loin d'être rare, mais elle ne présente pas une gravité aussi grande que la péricardite. Les considérations sur le rhumatisme cérébral et pulmonaire sont également fort intéressantes, ainsi que la leçon sur les maladies chroniques du cœur.

Je signalerai à l'attention du lecteur le chapitre consacré au traitement du rhumatisme et des maladies du cœur. M. Cadet de Gassicourt discute l'action du salicylate de soude et montre la tolérance remarquable de l'enfant pour ce médicament. Il décrit avec détails la paracentèse du péricarde, les indications et contre-indications de cette opération délicate.

Les leçons suivantes sont consacrées à la chorée, à la coqueluche, aux oreillons, à la varicelle, à la rougeole, à la scarlatine.

Après une description parfaite de cette dernière maladie, je dois citer le chapitre dans lequel est exposée l'histoire de l'albuminurie et de l'anasarque scarlatineuse, celle de la néphrite scarlatineuse.

La fièvre typhoïde fait le sujet des trois dernières leçons. Certes, les chapitres précédents sont traités d'une manière remarquable, mais je dois dire que les leçons sur la fièvre typhoïde sont plus séduisantes encore.

Je signalerai surtout ce qui a trait aux hautes températures si facilement supportées par l'enfant ; les formes abortives et les formes

prolongées, dont la fièvre typhoïde à rechute n'est qu'une variété, enfin les considérations toutes nouvelles émises par l'auteur au sujet des complications pulmonaires et la pneumo-typhoïde.

Le second volume des Leçons cliniques de M. Cadet de Gassicourt aura certainement le même succès que le premier ; cet ouvrage mérite d'être placé au premier rang des Traités des maladies des enfants. P. C.

NÉCROLOGIE

MARTIN (Aimé), né à Saint-Rambert (Ain), le 22 août 1835, est mort à Paris le 19 mars, à l'âge de 46 ans.

Ancien interne de Saint-Lazare, il soutint le 25 avril 1863 sa thèse pour le doctorat *Sur l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle*. Ce travail, basé sur la méthode expérimentale, lui a valu une récompense de la Faculté. En 1862, il avait publié dans les Archives de médecine des *Recherches sur l'anatomie et la pathologie des appareils sécréteurs et des organes génitaux chez la femme*, préludant ainsi au *Traité théorique et pratique de la syphilis et des maladies vénériennes* qu'il devait faire paraître en 1863 en collaboration avec M. L. Belhomme, et qui eut une seconde édition en 1876.

Pendant la guerre de 1870-1871, A. Martin fut chargé du service des vénériens à l'hôpital temporaire d'Ivry et fut nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Il s'était adonné spécialement à la pratique des maladies vénériennes et était médecin de Saint-Lazare. A. C.

NOUVELLES

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu le 16 et le 17 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Nota. — Le banquet, offert à MM. les présidents et délégués des sociétés locales, aura lieu le dimanche 16 avril, à 7 heures précises, dans les salons de l'Hôtel continental, rue Castiglione.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie V.-A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Etude sur les souffles du rétrécissement et de l'insuffisance de l'artère pulmonaire, par le Dr VIMONT. 1 vol. in-8. 4 fr.

Etude sur le sycosis, par le Dr CATOIS. 1 vol. in-8. 3 fr. 50

De l'emphysème pulsatile, par le Dr J. COMBY. 1 vol. in-8. 1 fr. 50

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I N° 36 SAMEDI 25 MARS 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET — Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.
H. DEPAUL — Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.
P. BERGER — Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

Année. — Tome I. — N° 36 Samdi 25 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

REVUE CRITIQUE

De l'expérimentation appliquée à la thérapeutique à propos d'un livre récent (1).

Par M. le Dr H. Barth.

ı thérapeutique expérimentale est une science encore toute nou- : et en quelque sorte née d'hier. Si on laisse de côté quelques ıtives isolées, sans succès et sans lendemain, on peut dire que endie et Claude Bernard sont les premiers qui aient songé à ver dans l'expérimentation sur les animaux des notions applica- à l'emploi des médicaments chez l'homme malade; par leurs ıorables recherches sur l'action de certaines substances toxiques, nt mis en lumière le principe de l'électivité médicamenteuse uvert la voie à de nombreuses découvertes. Mais la plupart de s disciples se sont renfermés plus ou moins volontairement dans hysiologie pure ; effrayés peut-être par l'excessive complexité phénomènes morbides, ou rebutés par la difficulté de produire les animaux des maladies comparables à celles de l'homme, ils nt bornés à étudier l'action des médicaments sur les sujets sains, ıarmacodynamique, et nul d'entre eux n'a osé aborder de front le des modifications produites par les agents thérapeutiques chez ıjets malades, la *pharmacothérapie*.

ıvateur hardi, M. le professeur Hayem a jugé que le moment venu d'écarter les nuages de l'empirisme et de chercher dans ıthode expérimentale le moyen d'appuyer la pratique de l'art de r sur des règles positives et vraiment scientifiques. Quelques seulement se sont écoulés depuis qu'il a inauguré dans la e de thérapeutique de la Faculté de Paris cet enseignement où ue tout était à créer, et déjà les résultats obtenus viennent ier sa tentative. Il suffit pour s'en convaincre de parcourir l'im- nt volume dans lequel le savant professeur vient de résumer ours du semestre d'été de 1881.

ı trente leçons dont il se compose sont consacrées à l'étude ·imentale des modifications du sang sous l'influence de certai- ›ratiques thérapeutiques : la saignée, la transfusion, et d'un ı médicamenteux important, le fer. Nul mieux que M. Hayem

(1) Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des pratiques théra- ues et des agents médicamenteux, par le professeur G. Hayem, Paris, Mas- 882.

n'était préparé à cette difficile étude, dans laquelle il a élargi et complété ses découvertes antérieures et coordonné les travaux étrangers en les contrôlant par des expériences nouvelles.

Nous ne pouvons songer, dans une courte analyse, à donner une idée même succincte de toutes les questions traitées dans cet ouvrage considérable. Nous nous bornerons à dire quelques mots des principales, en suivant l'ordre même auquel s'est arrêté l'auteur.

§ I. *Emissions sanguines.* — Pour aborder utilement l'étude expérimentale de la saignée, comme aussi de toutes les autres modifications du sang, il faut posséder certaines notions préliminaires indispensables, et avant tout connaître aussi exactement que possible la masse du sang, la quantité des globules sanguins et leur richesse en matière colorante. Telles sont les données fondamentales qu'on va faire varier par l'expérience et dont les variations vont révéler les effets des diverses pratiques thérapeutiques.

Il ne suffit donc pas de les reconnaître d'une manière générale; il faut encore avoir à sa disposition des moyens pratiques et relativement simples de les constater à chaque instant, à toutes les périodes de l'expérience. De tels moyens ont longtemps constitué un des desiderata de la physiologie, et aujourd'hui encore, malgré d'importants progrès dont une grande partie est due à M. Hayem lui-même, une foule d'expérimentateurs sont à l'œuvre pour multiplier et perfectionner les procédés d'examen du sang.

Ces procédés sont aujourd'hui très nombreux; on en trouvera la description et la critique détaillées dans le livre que nous étudions. Ceux auxquels s'arrête l'éminent professeur sont d'une exactitude suffisante pour l'observation scientifique et en même temps d'une exécution assez simple, assez expéditive pour les besoins journaliers de la clinique. C'est, pour la mesure de la masse du sang, le procédé indirect de Volkmann modifié par Malassez, qui consiste à doser successivement le sang pur, puis le sang dilué par une injection de sérum ; le dosage est obtenu par précipitation des globules rouges. Pour la numération des globules, M. Hayem emploie l'appareil depuis longtemps connu sous son nom. Enfin il mesure le pouvoir colorant du sang (c'est-à-dire la richesse en hémoglobine) à l'aide d'une échelle de teintes coloriées dont il est également l'inventeur. L'emploi combiné de ces trois procédés d'examen, s'il ne permet pas de préciser toutes les propriétés du sang, suffit à donner une idée nette de ses qualités principales.

Les effets immédiats et apparents de la saignée chez l'homme ont été depuis longtemps décrits : modérée, elle ne détermine que des phénomènes peu accusés, accélération et amplitude du pouls, ralentissement des mouvements respiratoires, sueurs légères et quelquefois syncope de courte durée ; abondante, elle donne lieu à des ac-

nts graves et parfois rapidement mortels, affaiblissement progressif, coloration de la peau et des muqueuses, refroidissement des extré-ités, sueurs visqueuses, mouvements respiratoires irréguliers, ulsfréquent, intermittent; une syncope précédée ou non de gran-s convulsions termine la scène.

Chez les animaux on reproduit aisément les mêmes phénomènes et peut observer deux types distincts, selon que l'animal en expé-nce est maintenu dans la position verticale ou dans la position rizontale. Dans le premier cas, au bout d'un temps variable, l'ané-e cérébrale produit une syncope brusque, instantanée, qui provoque cessation de l'hémorrhagie et la formation d'un caillot; le réta-ssement est alors très prompt. Dans le second cas, la syncope ne produit pas, et l'hémorrhagie persiste jusqu'à l'anémie absolue; nimal semble souffrir, pousse des hurlements plaintifs ; la respira-n devient haletante, irrégulière et convulsive, prend quelquefois type dit de Cheyne-Stokes; les pupilles se dilatent, se resserrent ernativement; enfin, surviennent des convulsions générales qui t rapidement suivies de mort.

Quand, au lieu d'une saignée excessive, on pratique une série émissions sanguines, plus modérées, on obtient des résultats diffé-nts. C'est d'abord l'ensemble des symptômes que les cliniciens t décrit sous le nom d'*anémie aiguë* : prostration des forces, ra-*ntissement* de la respiration, refroidissement des extrémités, issement de la température centrale, parésie des membres, état thymique qu'on ne peut faire disparaître que par la position chée. Si l'on s'arrête à temps la réaction s'établit assez prompte-nt et l'animal ne tarde pas à se remettre. Mais si les saignées, ins copieuses et plus espacées, sont continuées sans relâche, on t survenir dans certains cas les phénomènes de la *réaction exces-e* : éréthisme vasculaire, bruits de souffle rudes au niveau du cœur des gros vaisseaux, fréquence et amplitude exagérées du pouls, vation légère de la température, irritabilité nerveuse extrême. sque cet état s'est prolongé un certain temps, le retour à l'état mal devient de plus en plus difficile, et si les hémorrhagies suc-sives se répètent un peu trop souvent l'animal en expérience par tomber dans un état d'anémie chronique qui aboutit au ma-e et à la mort.

ls sont, dans leur ensemble, les phénomènes généraux qui résul-des émissions sanguines; les moyens perfectionnés d'investiga-dont nous disposons permettent d'analyser d'une façon plus se les troubles produits dans le domaine des principales fonc-

pression artérielle est moins influencée qu'on ne pourrait s'y dre : après une saignée modérée (comparable à celles que l'on

pratique habituellement chez l'homme), c'est à peine si elle subit une légère diminution, et elle se relève en très peu de temps au taux normal, comme si l'appareil vasculaire avait la faculté de s'adapter à son contenu. Une très forte hémorrhagie (de 1/34 du poids du corps) a été nécessaire pour faire tomber chez un chien la pression sanguine de 14 à 6, et dès le lendemain elle était remontée à 11,5. Enfin, plusieurs pertes de sang coup sur coup sont suivies chaque fois d'un très prompt relèvement de la tension artérielle, et si l'animal conserve assez de sang pour survivre, dès le lendemain la pression est revenue au degré initial.

Nous avons déjà vu que les émissions sanguines exagèrent la fréquence du *pouls;* c'est seulement quand il y a imminence de syncope que l'on voit se produire un ralentissement subit. En même temps que le pouls s'accélère, sa forme est modifiée : il y a augmentation du dicrotisme normal. La vitesse du courant sanguin, contrairement à ce qu'on pourrait croire, est notablement diminuée.

Ces modifications ne sont pas d'origine purement mécanique, elles paraissent dues, en grande partie, à l'influence du système nerveux troublé dans son fonctionnement par une irrigation insuffisante. La même influence explique les troubles du *rhythme respiratoire*, qui d'abord s'accélère et se ralentit alternativement, puis devient irrégulier et entre-coupé et enfin présente pendant la période agonique le type de Cheyne-Stokes.

C'est aussi à l'action du système nerveux qu'il faut rapporter les désordres digestifs : nausées, vomissements, et les troubles de la calorification et de la *nutrition*. La température baisse de un à deux degrés chez les animaux après une saignée abondante; mais chez l'homme et surtout chez le malade en proie à la fièvre, l'abaissement est de courte durée, ce qui explique comment les médecins, employant la saignée dans un but antiphlogistique, ont été amenés à la répéter coup sur coup. Les *troubles nutritifs* sont variables : une saignée modérée, pratiquée chez un animal sain et dont l'appétit est très développé peut, en excitant la nutrition, produire une augmentation du poids du corps et une certaine tendance à l'engraissement; il en est tout autrement après les saignées abondantes : on voit survenir avec une diminution de l'excrétion d'acide carbonique une augmentation marquée de l'urée et des phosphates, et on constate à l'autopsie la dégénérescence graisseuse du cœur et des divers organes. Ces résultats en apparence contradictoires s'expliquent probablement par la diminution de l'absorption de l'oxygène et par conséquent de la combustion des matières grasses, avec conservation des fonctions digestives dans le premier cas, tandis qu'elles sont compromises dans le second. (*A suivre.*)

Sur un cas de préservation contre la maladie charbonneuse, observé chez l'homme (1).

Par M. E. Cosson.

« En 1854 un fermier, habitant la commune de Fontenay-sur-Loing (Loiret), a été atteint d'une affection charbonneuse légère. Le 20 février dernier, il a de nouveau subi les atteintes de la même maladie infectieuse qui, cette fois, et dès le début, a déterminé des accidents généraux des plus graves et en apparence mortels. Pendant plus de vingt-quatre heures, le malade a été en proie à une fièvre ardente et plongé dans une somnolence et une insensibilité comateuses ; mais ces accidents n'ont pas tardé à disparaître. Peu de jours après, lorsque j'ai examiné le malade, la fièvre avait disparu et il ne restait plus que des lésions locales, consistant en deux profondes ulcérations et un large décollement à la face dorsale de la main.

« La rapidité avec laquelle l'amélioration s'est produite me paraît démontrer que la première atteinte a agi comme une véritable vaccination, bien qu'elle remonte à une époque déjà éloignée. L'observation dont j'ai l'honneur d'entretenir l'Académie est, chez l'homme, la confirmation des faits établis par les belles expériences de notre éminent confrère M. Pasteur, pour la préservation des animaux par l'inoculation du virus atténué. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 *mars* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé.

Phimosis. — *M. Trélat* a vu, chez un homme déjà âgé, la dilatation du prépuce échouer deux fois ; de plus, cette dilatation avait donné lieu à des cicatrices très serrées ; il a dû opérer par l'instrument tranchant. Il a dû opérer de même un jeune garçon à qui on avait fait auparavant la dilatation ; du reste il fait toujours une opération complète, même avec un phimosis incomplet ; il enlève très peu de peau, mais il sacrifie toute la muqueuse.

Mort par le chloroforme — *M. Polaillon* fait un rapport sur un cas de mort par le chloroforme observé par M. Martel (de Saint-Malo).

Cette mort est survenue chez un homme d'un certain âge et alcoolique, portant un abcès dans un sac herniaire vide, et n'ayant d'autres affections qu'une division congénitale de la voûte palatine. Le malade a été endormi avec une compresse pliée en cornet, dans le fond de laquelle on avait placé un tampon de charpie ; le chloroforme avait été donné avec prudence.

(1) Communication à l'Académie des sciences.

Le malade avait fait à peine 20 inspirations, et paraissait endormi, quand le chirurgien commença l'incision de la peau ; le pouls faiblit et la respiration s'arrête, la langue n'était pas renversée en arrière, puis le pouls s'arrête ; on pratique la respiration artificielle avec le tube de Chaussier, on fait des frictions sur le corps, on fait l'inversion du sujet, mais il était mort. A l'autopsie on ne trouve qu'une péritonite récente, et des adhérences anciennes de la plèvre à droite.

Le chloroforme analysé à l'hôpital de la Pitié a été reconnu pur, à part une faible quantité d'alcool. L'auteur croit que la cause de la mort doit être dans l'existence de la péritonite récente et de la pleurésie ancienne, la dépression du système nerveux sous l'influence de l'alcoolisme jouant le rôle de cause prédisposante.

M. Berger croit que la mort est due à une syncope, et que les altérations de la plèvre n'entrent pour rien dans cette mort. Le malade a traversé très rapidement la période d'excitation initiale ; si à la période de résolution on eût supprimé le chloroforme, il croit que la mort ne se serait pas produite. L'administration lente du chloroforme est pour lui le meilleur moyen de supprimer les accidents ; le principe des intermittences est pour lui absolu, de même qu'il croit mauvais de donner le chloroforme avec un cornet dans lequel on a placé un corps spongieux quelconque ; on ne laisse pas arriver assez d'air.

M. Desprès. Le chloroforme ne tue les malades qu'autant que ceux-ci sont dans des états pathologiques qui les prédisposent à la mort, même sans qu'on leur donne du chloroforme. L'impureté et le mode d'administration ne font rien.

Chez le malade de M. Martel, il faut distinguer deux points : le malade a été endormi pour une affection inflammatoire ; il avait de la fièvre ; les fébricitants ont besoin d'une moindre dose que ceux qui sont apyrétiques, et enfin il y avait des adhérences pleurales anciennes et des adhérences intestinales récentes qui gênaient la respiration.

M. Terrier. Je n'ai jamais vu une personne endormie après 20 respirations et 4 ou 5 grammes de chloroforme ; ce qui le prouve, c'est l'état de la sensibilité conjonctivale et cornéenne. La mort est due à une syncope, comme cela est arrivé chez un de mes malades dont l'observation est rapportée dans la thèse de M. Duret. Or il faut remarquer ici que la mort est survenue au moment où la peau a été attaquée par le bistouri ; on a réalisé de cette façon l'expérience qu'on a faite chez les chiens qu'on tue en leur pinçant fortement un nerf, le pneumogastrique par exemple ; on a déterminé un réflexe qui a retenti sur le cœur.

Je suis opposé à la théorie qui veut expliquer la mort par l'exis-

tence d'adhérences pleurales. J'ai un jour endormi, avec M. Lucas Championnière, un malade qui venait d'avoir une pleurésie ; le seul accident que nous ayons eu, c'est une certaine difficulté pour le réveiller ; il était dans un état de demi-asphyxie. Ces lésions ne suffisent pas pour expliquer la mort. Dans mon cas, le seul antécédent pathologique que j'ai trouvé, c'est que la malade était sujette à des syncopes.

M. M. Perrin ne croit pas, comme le dit M. Berger, que le fait de placer un tampon de charpie au fond du cornet expose à donner des doses massives de chloroforme, car on n'a que des quantités de vapeur en rapport avec la température du milieu ; c'est là un fait physique, la quantité de chloroforme versée sur le tampon n'augmentera pas la quantité de vapeurs chloroformiques dégagées.

M. Desprès répond à M. Terrier qu'il n'a pas dit qu'il fallût des lésions, mais bien un état maladif coïncidant ou non avec des lésions anatomiques ; il est par conséquent d'accord avec M. Terrier sur ce point.

Les malades peuvent quelquefois mourir d'asphyxie à la première période de l'inhalation. Il a publié autrefois l'observation d'une malade à qui on voulait réduire une luxation de l'épaule, et qui mourut après 10 inspirations environ : elle était bleue. A l'autopsie on trouva une congestion pulmonaire énorme et une fracture de côte.

Quand on doit opérer avec l'instrument tranchant, il croit qu'on n'a pas besoin d'une résolution complète.

Du reste le meilleur mode d'administration du chloroforme est celui qu'employait Nélaton : une compresse étendue au devant de la bouche et du nez du malade.

M. Berger répond à M. Perrin que la quantité de vapeur peut ne pas varier, quelle que soit la quantité de chloroforme qu'on verse dans le cornet contenant un tampon, mais quand on se sert d'une compresse, on fait varier la quantité d'air pur mélangé aux vapeurs chloroformiques. Quant aux adhérences pleurales elles ne doivent pas être incriminées, témoin les opérations d'empyème et les résections de côte qu'on fait avec une innocuité bien grande.

M. Trélat croit que le mécanisme de la mort indiqué par M. Terrier est le vrai ; l'observation clinique et l'expérimentation physiologiques sont trop d'accord pour qu'il n'en soit pas ainsi : c'est une syncope par action réflexe sur le cœur. On opère souvent des malades ayant des lésions pleurales ou autres, sans qu'il en résulte rien ; on dira qu'il y a une prédisposition chez ceux qui meurent ; qu'est-ce qui nous fera connaître ces prédispositions ? Le chien bien portant qu'on tue en lui pinçant le pneumogastrique n'a pas de prédisposition, et néanmoins on le tue.

M. Polaillon croit comme M. Berger à une syncope et il accepte

la pathogénie de cette syncope indiquée par MM. Trélat et Terrier; le mode d'administration du chloroforme qu'a employé M. Martel n'est pas celui qu'il aurait choisi.

Abcès rétro-pharyngien. — *M. Trélat* a été appelé par M. Potain pour voir un homme de 46 ans environ, cardiaque, atteint d'un énorme abcès de la région latérale du cou soulevant les vaisseaux carotidiens qu'on sentait battre sous les doigts et proéminant sur les parties gauche et postérieure du pharynx, où l'on sentait nettement la fluctuation grâce au procédé qu'il recommande en pareil cas, celui d'introduire les deux index dans la bouche et d'explorer comme s'il s'agissait d'un abcès ordinaire; son diagnostic était abcès rétro-pharyngien d'origine ganglionnaire. Il a commencé par faire une incision dans le pharynx, puis, se préoccupant de ce que deviendrait l'énorme poche qui venait de se vider et dont l'orifice était à la partie supérieure, il a fait une contre-ouverture sur la région latérale du cou, dans le triangle sus-claviculaire, au moyen d'un gros trocart à drainage. C'est pour ce point de pratique qu'il a fait cette communication. Cette façon d'opérer lui a paru plus sûre que la méthode inverse, c'est-à-dire l'ouverture de l'abcès par le cou, qui aurait été longue et laborieuse.

M. Berger demande si cette dernière incision n'aurait pas suffi; car il est quelquefois dangereux d'ouvrir par le pharynx; il cite un cas malheureux d'Hermann dont le malade mourut d'hémorrhagie.

M. Lannelongue ne croit pas l'incision du pharynx dangereuse, c'est un bon moyen pour les abcès rétro-pharyngiens; du reste, il n'a jamais vu d'accidents, les malades peuvent boire et manger le même jour. Le signe diagnostique indiqué par M. Trélat est précieux, car quelquefois un seul doigt suffit; car l'abcès se reconnaît à l'existence d'un point ramolli entouré d'un bourrelet induré.

M. M. Sée n'a jamais vu non plus d'accidents chez les enfants; on peut encore sentir la fluctuation en portant un doigt dans la bouche et en pressant sur les parties latérales du cou.

M. Tillaux répondant à l'objection de M. Berger, tirée de la gravité de l'ouverture par le pharynx, dit qu'il y a trois sortes d'abcès: les uns franchement rétro-pharyngiens, d'autres latéraux; de ceux-ci les uns sont en dehors de la carotide interne qu'ils repoussent en dedans, et qu'on peut ouvrir, ceux-là sont dangereux; les autres sont en dedans de la carotide qu'ils repoussent en dehors, ce sont des abcès amygdaliens qu'on peut ouvrir sans danger par la bouche.

Tumeurs congénitales de la face. — *M. Lannelongue* croit utile, puisque la question des malformations congénitales est à l'ordre du jour, de signaler certaines malformations de la face dont il possède 6 ou 7 observations; ce sont des saillies de un centimètre de long environ, tenant à la peau et mobiles avec elle, siégeant dans la r

gion préauriculaire, sur la joue et même sur la lèvre inférieure, constituées par les éléments de la peau avec une tige fibro-cartilagineuse au centre, reliée aux parties profondes par une espèce de ligament qu'il n'a pu constater nettement il est vrai que dans un cas, celui d'une tumeur siégeant à la face interne de la lèvre inférieure à égale distance du bord libre et du bord adhérent, et à un centimètre de la commissure ; ici le ligament allait s'insérer sur le maxillaire inférieur : il rattache ces tumeurs à l'évolution des arcs branchiaux.

M. Magitot croit que ces productions pourraient dériver du cartilage de Meckel.

M. Trélat a plusieurs observations de ces tumeurs siégeant dans la dépendance de l'oreille et coïncidant toutes avec des malformations du pavillon : il avait cherché à s'expliquer ces anomalies, et, après avoir entendu la réflexion de M. Magitot, il ne serait pas éloigné de croire qu'elles sont nées aux dépens du cartilage de Meckel.

P. Basy.

BIBLIOGRAPHIE

De la syphilis du testicule, par M. le Dr *Reclus*, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté. Librairie G. Masson, Paris, 1882.

M. Reclus, poursuivant sur les maladies du testicule ses études déjà commencées avec sa thèse inaugurale, devenue classique, « *les tubercules du testicule de l'orchite tuberculeuse,* » nous donne aujourd'hui un travail important sur « la syphilis du testicule ».

L'auteur aurait pu mettre en tête de son livre cette épigraphe bien connue : Ceci est un livre de bonne foi. M. Reclus ne s'est pas, en effet, contenté de faire un travail de compilation. Il a refait, on peut le dire, cet important chapitre de pathologie chirurgicale. Il a vérifié par lui-même toutes les assertions contenues dans les auteurs et est allé puiser directement aux sources, c'est-à-dire aux observations, dont un grand nombre lui sont personnelles. C'est ainsi qu'il est arrivé à nous donner des idées nouvelles sur un sujet qui paraissait cependant très étudié ; son travail a une base trop solide pour qu'il ne vive pas.

Tous les chapitres sont faits avec le plus grand soin et contiennent des détails fort intéressants.

Le chapitre Ier contient l'historique, qui loin d'être sec et aride comme le sont souvent des chapitres de même ordre, nous fait assister à l'éclosion des nouvelles doctrines au fur et à mesure qu'elles se produisent; celles-ci sont discutées avec autorité et un grand sens critique, et font, en intéressant le lecteur, prévoir les opinions qu'émettra l'auteur dans le cours de son travail.

Le chapitre II est consacré à l'anatomie pathologique faite à l'œil nu et avec le secours du microscope. M. Reclus a confié à M. Malassez, dont tout le monde connaît la compétence, le soin de décrire les lésions histologiques. C'était pour l'auteur et pour le lecteur une garantie dont tous apprécieront la valeur. Dans ce chapitre, la distinction des granulations tuberculeuses et des nodules gommeux, que quelques auteurs (de Bærensprung en particulier) auraient confondus, est nettement établie : le nodule syphilitique se développe dans le tissu interstitiel hyperplasié ; la granulation tuberculeuse se développe autour des canalicules séminifères : nous y voyons aussi prouvé ce fait, que l'orchite interstitielle, la sclérose pure, n'existe pas, au moins histologiquement parlant : car au milieu du tissu scléreux on retrouve toujours des nodules gommeux, d'où le nom d'orchite scléro-gommeuse que donne M. Reclus au testicule syphilitique classique.

Le chapitre III contient l'étude des causes essentielles et déterminantes.

Dans le chapitre IV est étudiée la symptomatologie. La substance scléro-gommeuse déposée dans le testicule peut, dans ses évolutions successives, suivre deux marches : car en supposant qu'elle évolue naturellement, elle peut aboutir soit à la sclérose, soit au ramollissement et à la suppuration, d'où deux formes : la forme scléro-gommeuse non suppurée, et la forme suppurée qui se complique souvent de fongus.

Le tableau clinique de l'affection est d'abord ébauché, puis les symptômes sont repris un à un, et M. Reclus nous en fait connaître la fréquence et la valeur; c'est ainsi que pour lui l'hydrocèle est loin d'avoir la valeur que lui attribuait Nélaton; si elle paraît constante au début, elle disparaît au bout d'un certain temps : elle manque environ dans la moitié des cas observés; le testicule est souvent aplati d'un côté à l'autre.

L'épididyme serait envahi dans la moitié des cas.

L'auteur insiste ensuite sur une forme déjà décrite par Ricord, l'orchite syphilitique aiguë, qu'il compare à l'orchite tuberculeuse aiguë ; mais tandis que le début aigu paraît constituer la grande majorité des cas dans la tuberculisation génitale, il paraît être l'exception dans la syphilis du testicule. Deux paragraphes sont consacrés à l'orchite syphilitique infantile et à l'épididymite syphilitique.

M. Reclus étudie ensuite la gomme suppurée et indique que l'ulcération a presque toujours pour siège la partie antérieure du scrotum et du testicule.

De grands développements sont donnés ensuite à l'étude du fongus, qui est distingué en fongus superficiel et fongus profond : le superficiel est constitué par le bourgeonnement du testicule sorti à

travers des enveloppes du scrotum ou même, à un moindre degré, par la sortie, à travers une ouverture des enveloppes, de bourgeons nés sur l'albuginée ; le profond, par la sortie à travers les enveloppes du scrotum de végétations nées dans une caverne gommeuse placée dans l'intérieur même du testicule. C'est là une partie vraiment neuve et originale et qui sera lue avec un grand intérêt.

Le diagnostic est étudié avec le plus grand soin, à propos de chaque forme : il en est de même du pronostic où est discutée la question de la stérilité quand les deux testicules sont pris. A la suite du travail nous trouvons des observations se rapportant surtout à l'orchite aiguë, aux fongus et à la gomme, et un index bibliographique très soigné. P. BAZY.

NOUVELLES

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 27 mars au 1er avril 1882.) — *Lundi*, 27. — Doctorat, 3e (1re série) : MM. Regnauld, Hanriot et Bocquillon. — 3e (2e série) : MM. Baillon, Gariel et Bourgoin. — 4e : MM. Bouchardat, Hayem et Landouzy. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Potain et Monod. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Parrot et Pozzi. — 5e (Charité) : MM. Charcot, Duplay et Marchand.

Mardi, 28. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Sappey, Le Fort, et Bouilly. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 4e : MM. Hardy, Jaccoud et Hallopeau. — 4e : MM. Lasègue, Bouchard et Grancher. — 5e (Charité) : MM. Pajot, G. Sée et Humbert.

Mercredi, 29. — Doctorat, 1er (dissection) : MM. Guyon, Tillaux et Remy. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 5e (Charité) : MM. Depaul, Fournier et Monod. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Charcot et Budin. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Hayem et Pinard.

Jeudi, 30. — Doctorat, 1er (nouveau régime) : MM. Regnauld, Hanriot et Henninger. — 2e : MM. Ball, Jaccoud et Berger. — 2e : MM. Bouchard, Panas et Joffroy. — 2e : MM. G. Sée, Peter et Richelot. — 4e MM. Hardy, Brouardel et Debove.

Vendredi, 31. — Doctorat, 1er : MM. Guyon, Duplay et Pozzi. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er : MM. Béclard, Verneuil et Cadiat. — 1er : MM. Vulpian, Trélat et Marchand. — 3e : MM. Baillon, Gariel et Henninger. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Tillaux et Landouzy.

Samedi, 1er. — Doctorat, 1er : MM. Le Fort, Ball et Humbert. — 2e (1re partie, nouveau régime) : MM. Robin, Sappey et Peyrot. — 3e (officier de santé, Hôtel-Dieu) : MM. Peter, Jaccoud et Berger. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Hardy, Pajot et Richelot.

Samedi, 1er. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr Casenave de la Roche vient d'être élu membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Rome. Cette distinction si honorable était bien due à l'auteur de remarquables travaux sur le climat de l'Italie.

L'ASTRONOMIE. — M. Camille Flammarion vient d'avoir l'heureuse idée de créer, à la librairie Gauthier-Villars, une revue mensuelle d'astronomie et de physique, destinée à tenir tous les amis de la science au courant des découvertes et des progrès réalisés dans la connaissance de l'univers. M. Flammarion est aidé dans cette œuvre par les principaux astronomes du monde.

Voici le sommaire du premier numéro :

A nos lecteurs : Notre programme. — L'Observatoire de Paris (2 figures, représentant l'Observatoire en 1672 et en 1883). — Les comètes (1 figure : marche de la dernière grande comète dans l'espace). — Paysages lunaires (1 figure). — Académie des sciences (Communications relatives à l'astronomie et à la physique générale : L'abaissement de la mer à Antibes). — Nouvelles de la science. — Variétés : Le prochain passage de Vénus. Chute d'un uranolithe. Découverte de nouvelles planètes. Comètes visibles à l'œil nu. — Le ciel en mars 1882 : Observations intéressantes à faire (5 figures).

Le journal *l'Astronomie* paraîtra le 1er de chaque mois par fascicule de 40 pages (abonnement : 12 fr. par an), et donnera ainsi régulièrement le tableau vivant des conquêtes de la science.

AVIS. — *MM. les Abonnés qui n'ont pas encore payé leur abonnement à la* France médicale *pour 1882 sont priés de nous en adresser le montant le plus tôt possible.*

Le mode de paiement le plus commode, et surtout le plus sûr, est le mandat de poste, parce que le talon reste pour quittance.

Nous ferons traite du 1er au 10 avril sur les abonnés qui n'auront pas payé avant le 30 mars, en ajoutant UN FRANC pour les frais de recouvrement.

Adresser les mandats à MM. A. Delahaye et Lecrosnier, administrateurs du Journal, 23, place de l'École-de-Médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, *rue Hautefeuille.*

Traité de jurisprudence médicale et pharmaceutique, comprenant : la législation, l'état civil et les questions qui s'y rattachent, les dispositions à titre gratuit, la responsabilité médicale, le secret professionnel, les expertises, les honoraires des médecins et les créances des pharmaciens, l'exercice illégal de la médecine, les contraventions aux lois sur la pharmacie, les rentes viagères, les assurances sur la vie, la police sanitaire, les ventes de clientèle médicale, l'inaptitude au service militaire, les eaux minérales et thermales, etc., par F. DUBRAC, président du tribunal civil de Barbezieux. 1 vol. in-8 de 800 pages. 12 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr M. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

T-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 37 MARDI 28 MARS 1882

LA

RANCE MÉDICALE

'REAUX
s'abonne chez
.IE et E. LECROSNIER
Place
ole-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr

ier ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
ivrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
nonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique. 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 37. Mardi 28 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

L'inspectorat des eaux minérales.

La question de la suppression de l'inspectorat des eaux minérales, demandée depuis si longtemps, revient à l'ordre du jour. C'est une commission parlementaire qui vient d'en faire la proposition. Voici dans quelles circonstances.

On se rappelle que, depuis deux ans, un grand nombre de médecins-inspecteurs ont été l'objet de révocations aussi regrettables qu'inattendues. Pourquoi d'honorables confrères, désignés presque tous par le vote du comité d'hygiène, nommés régulièrement, se voyaient-ils tout à coup l'objet d'une mesure aussi grave? Ils avaient cessé de plaire, et des candidats plus agréables demandaient leur place.

L'un des plus distingués parmi ceux qui venaient d'être frappés se souvint que le gouvernement avait oublié, depuis plus de vingt ans, de lui faire payer ses appointements d'inspecteur. Car les inspecteurs ont un traitement, mais ils ne le touchaient pas! Notre confrère réclama, porta l'affaire devant les tribunaux administratifs, et le Conseil d'Etat, après la plaidoirie de Me Lehmann, donna raison au médecin-inspecteur révoqué et condamna l'Etat à le payer.

On invoqua la prescription quinquennale, notre confrère toucha cinq années d'appointements: cinq mille francs.

Les autres inspecteurs révoqués, ayant appris le résultat des démarches de leur confrère, réclament à leur tour, et le ministre ne peut plus que s'incliner devant la décision du Conseil d'Etat: on paye à caisse ouverte.

Cette mésaventure administrative a calmé l'ardeur du ministère, car il y a quelque temps déjà que l'on n'a pas appris de nouvelle révocation: cela pouvait désorganiser le budget.

Mais si tous les inspecteurs de France, songeant aux caprices de la fortune et à la variabilité des faveurs ministérielles, allaient réclamer leurs apointements! Devant cette effrayante perspective le ministre s'est hâté de saisir la Chambre du projet de supprimer, non pas les médecins-inspecteurs, mais le traitement qu'ils pourraient avoir l'audace de vouloir toucher.

La commission a dû trouver étrange cette proposition. Elle s'est demandée d'abord à quoi cela servirait d'être inspecteur, si l'on n'est pas payé. Puis ensuite à quoi servaient les inspecteurs. Et elle a répondu au ministère en lui proposant la suppression de l'inspectorat des eaux minérales.

Voici cette fois-ci la question posée devant la Chambre. De nombreuses pétitions, signées de presque tous les médecins qui exercent aux eaux minérales avaient déjà été adressées au gouvernement, demandant la suppression d'un titre qui constitue un privilège et viole le principe de l'égalité.

Cette question ne peut manquer d'exciter de nombreuses controverses. Les uns se déclarent partisans de l'inspectorat, les autres demandent sa suppression complète. Nous sommes convaincu que l'*inspectorat local*, tel qu'il existe aujourd'hui, est une institution condamnée. Elle est inutile et constitue seulement un privilège. D'un autre côté, on ne peut laisser les eaux minérales sans surveillance. Il faut une *inspection* qui permette au gouvernement d'assurer la conservation de nos sources, de protéger les malades et de leur faciliter l'usage des eaux. Il faut que les intéressés, propriétaires de sources, médecins et malades, puissent adresser leurs réclamations, et faire valoir leurs droits. Pour cela, il faut une *inspection régionale*. Il faut que des représentants du ministre visitent chaque année nos stations, recueillent les réclamations, examinent les améliorations proposées, et rendent compte de leur mission au comité d'hygiène. Leurs rapports auraient alors une autorité réelle, et leurs propositions auraient chances d'être écoutées. Leur situation, les rendant indépendants des compagnies, de la clientèle, des petites influences de clocher, leur permettrait de juger avec impartialité les réformes nécessaires, et donnerait à leurs rapports une autorité incontestable. Leur inspection ne se bornerait pas à une seule station, ils pourraient, par la comparaison des résultats obtenus dans plusieurs stations différentes, provoquer de nombreuses améliorations.

La presse médicale ne peut rester indifférente à cette question; nous tiendrons nos lecteurs au courant des opinions émises par les partisans et les adversaires de cette institution. E. B.

REVUE CRITIQUE

De l'expérimentation appliquée à la thérapeutique à propos d'un livre récent (*Suite*) (1).

Par M. le Dr H. Barth.

Nous avons hâte d'arriver à l'étude des modifications du sang lui-même : cette étude constitue une des parties les plus neuves et les plus personnelles du livre; c'est aussi une de celles auxquelles M. Hayem a consacré le plus de développements.

Les modifications de la *masse* sanguine à la suite des hémorrhagies.

(1) V. *France méd.*, n° 36, p. 421.

sont encore assez mal connues; cette recherche offre d'ailleurs de grandes difficultés; néanmoins il semble acquis qne la masse du sang ne se renouvelle point du tout aussi vite qu'on le croyait autrefois On connaît mieux les changements qui s'opèrent dans la *constitution* du sang; ainsi la proportion du liquor augmente rapidement après une saignée: la reconstitution du sérum favorisée par une absorption veineuse énergique et par un apport considérable de lymphe devance de beaucoup la rénovation des globules et le sang se dilue avec rapidité. La fibrine qui semble diminuer d'abord dans le cours d'une saignée abondante augmente rapidement ensuite et après plusieurs saignées successives elle peut atteindre plus du double de la proportion normale; mais en même temps elle s'altère, devient plus lâche, moins rétractile et en définitive, la coagulabilité du sang est plutôt diminuée. Les modifications des gaz sont assez obscures et les expériences ont donné des résultats contradictoires; cependant, d'après M. Hayem, l'activité des échanges gazeux semble augmenter après la saignée, car la diminution des gaz contenus n'est pas en rapport avec la diminution globulaire; quant à la capacité respiratoire, à l'affinité du sang pour l'oxygène, elle reste sensiblement proportionnelle au pouvoir colorant du sang, c'est-à-dire à son contenu en hémoglobine. Les variations du nombre des globules diffèrent suivant l'importance des pertes sanguines: une perte de sang faible (1,75 p. 100 du poids du corps) ne produit qu'une anémie légère; cependant l'abaissement du nombre des hématies qui en résulte persiste pendant 15 ou 20 jours. Les fortes hémorrhagies sont suivies d'une diminution du nombre des globules rouges qui n'arrive pas d'emblée à son maximum: il semble que le sang se dilue peu à peu, et le chiffre le plus bas est atteint au bout d'un nombre de jours qui varie avec l'importance de l'hémorrhagie. En raison de cette dilution les saignées réitérées ne produisent pas une spoliation en rapport avec leur abondance totale et sont relativement bien supportées. Au contraire les saignées espacées, qui surprennent le sang dans la période de rénovation globulaire, déterminent une anémie intense surtout caractérisée par des modifications qualitatives des hématies. Quant aux globules blancs la saignée n'a pas, contrairement à l'opinion générale, une influence bien notable sur leur nombre.

Comment s'opère la *reconstitution* des globules sanguins? Sur ce point M. Hayem professe une théorie complètement originale, qu'il appuie sur la présence dans le sang d'éléments particuliers, les *hématoblastes*, découverts par lui d'abord chez les ovipares, puis chez les animaux supérieurs et chez l'homme. Les hématoblastes sont des corpuscules très petits de 3 μ. de diamètre environ chez l'homme, pâles et très faiblement colorés. Discoïdes et biconcaves, comme les globules rouges, ils se déforment avec une facilité extrême et pré-

sentent par suite très fréquemment des prolongements de formes diverses, des festons plus ou moins prononcés sur les bords.

Ils s'altèrent avec une grande rapidité, ce qui explique pourquoi ils ont si longtemps échappé à l'attention des observateurs. Pour les étudier facilement il est nécessaire de retarder la coagulation à l'aide du froid, ou même de les fixer par différents réactifs. Ce sont ces petits éléments qui sont destinés à se transformer en globules rouges et cette métamorphose offre plusieurs phases auxquelles correspondent plusieurs variétés morphologiques faciles à distinguer : ce sont d'abord les hémotoblastes pâles, incolores et délicats; puis les hématoblastes plus épais, plus colorés, réfractant fortement la lumière, mais encore très vulnérables ; enfin les globules nains, dont les plus petits ne diffèrent des hématoblastes que par l'intensité de leur coloration. A la suite d'une perte de sang un peu abondante ou d'une maladie aiguë comme la pneumonie, le nombre des hématoblastes d'abord affaibli s'accroît rapidement en l'espace de huit ou quinze jours; alors que les globules rouges tombent au minimum, les hématoblastes atteignent le double et même le triple de l'état normal; c'est la crise hématique, ou poussée hématoblastique qui prépare la reconstitution des globules rouges; celle-ci achevée la quantité des hématoblastes diminue pour redescendre au taux normal. Pendant un certain temps les globules nouveaux restent pauvres en hémoglobine (d'où l'abaissement du titre globulaire); ils sont aussi très altérables et prennent facilement les formes décrites sous le nom de microcytes, chlorocytes et achromacytes. Peu à peu ils passent à l'état de globules parfaits.

Le mode d'évolution des hématoblastes explique la nocuité particulière des saignées espacées qui surprennent le sang dans la période de rénovation et qui par conséquent entravent le mouvement de formation des nouveaux globules. Après plusieurs émissions sanguines ainsi espacées le sang ne contient plus que des formes globulaires jeunes, imparfaites et le sujet est constitué en état d'anémie chronique.

Telle est la théorie de M. Hayem sur le développement général du sang ; elle ne laisse rien subsister, comme on le voit, des idées anciennes sur la transformation des globules blancs en globules rouges, elle repousse également la théorie italienne, soutenue par Bizzozzero et Neumann, d'après laquelle les cellules à noyau de la moelle des os seraient la véritable origine des hématies.

Nous ne pouvons suivre M. Hayem dans l'intéressante réfutation qu'il donne de cette théorie. Il faut nous borner à reproduire les conclusions par lesquelles se termine son étude expérimentale des émissions sanguines.

L'opinion ancienne qui regarde la saignée comme d'une innocuité

parfaite est de tous points erronée, mais dans certaines limites la réparation du sang est assez facile et ce sont ces limites qu'il faut connaître. Une saignée unique, même copieuse, est en général sans inconvénients; plusieurs saignées pratiquées coup sur coup sont déjà moins faciles à réparer; mais les saignées abondantes et espacées qui surprennent le sang dans la période de la réparation, dans le cours même de la crise hématoblastique, sont les plus graves de toutes. La saignée n'est pas justifiée dans les maladies infectieuses, où le sang est vicié par un principe spécial et où la réparation sera particulièrement difficile. Si elle est souvent d'une réelle utilité dans les maladies aiguës ce n'est pas en raison des modifications physico-chimiques qu'elle apporte à la constitution du sang, mais bien par son influence sur toutes les grandes fonctions : pression sanguine, rhythme respiratoire, calorification. Enfin dans les affections chroniques où le sang est chimiquement altéré, les émissions sanguines sont ordinairement dangereuses, et doivent êtres évitées; dans les affections cardiaques, elles ne sont justifiées qu'à la période d'asystolie, quand la surchage du système veineux détermine une gêne mécanique excessive et implique un danger imminent. (*A suivre.*)

Recherches sur une influence spéciale du système nerveux, produisant l'arrêt des échanges entre le sang et les tissus (1).

Par M. Brown-Séquard.

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie une série de faits nouveaux relatifs à une influence remarquable exercée, dans certains cas, par le système nerveux sur la nutrition et les sécrétions, influence dont j'ai signalé pour la première fois l'existence en 1858. Divers états morbides, que l'on a étudiés chez l'homme sous les noms de *choc traumatique*, de *commotion*, de *stupeur*, de *collapsus*, d'*apoplexie* ou de *syncope*, montrent très souvent, ainsi que je l'ai trouvé, la présence et la puissance de cette influence. Cette intervention active du système nerveux consiste essentiellement en une cessation plus ou moins complète des échanges entre les tissus et le sang, dont dépendent la nutrition, les sécrétions et la chaleur animale. Cette influence nerveuse se manifeste tout d'abord par l'apparition de sang plus ou moins rouge dans les veines et par un abaissement de la température du corps. L'arrêt des échanges s'accompagne presque toujours d'une diminution, quelquefois de la cessation complète de la respiration, et souvent aussi d'une diminution des mouvements du cœur. Il est évident qu'en l'absence de l'entrée de l'oxygène et de la sortie de l'acide carbonique, lorsque la respiration cesse, la présence

(1) Communication à l'Académie des sciences.

de sang rougeâtre ou rouge dans les veines n'aurait pas lieu si une cause spéciale n'intervenait pour suspendre les échanges entre les tissus et le sang. Sans cette cause, qui, ainsi que je l'ai trouvé, provient d'une action du système nerveux, le sang, loin de rougir dans les veines, noircirait même dans les artères.

A l'égard des causes qui produisent le plus fréquemment l'arrêt des échanges, je me bornerai à dire aujourd'hui que des lésions de toutes les parties du système nerveux central ou phériphérique peuvent suspendre les échanges entre le sang et les tissus, soit par action directe, soit par action réflexe. Chez l'homme, les traumatismes les plus variés quant à leur siège et à leur étendue, les hémorrhagies les ramollissements des centres nerveux, la péritonite, l'angine de poitrine, les affections des viscères pelviens, abdominaux et thoraciques, etc., sont souvent les causes d'un arrêt des échanges qui peut être temporaire ou persister jusqu'à la mort. Il en est assez souvent ainsi chez les animaux pour les lésions du bulbe rachidien, et aussi, mais plus rarement, pour les lésions ou les irritations de nombre d'autres parties de l'organisme, et spécialement dans la décapitation, la galvanisation du larynx, des nerfs vagues ou des nerfs phréniques, dans l'insufflation pulmonaire, la submersion la strangulation, l'application de chloroforme, de chloral et d'autres irritants sur la peau, l'écrasement des ganglions du nerf sympathique dans l'abdomen, la piqûre du diaphragme, l'abaissement violent de la tête sur le thorax, la pression sur les narines ou même sur une seule, etc. Plus ces causes sont soudaines, plus elles ont de puissance. Quant à leurs effets, je vais les exposer brièvement.

1° *Couleur du sang veineux.* — Non seulement ce sang peut devenir rougeâtre, mais encore il peut devenir absolument semblable au sang artériel, quant à sa couleur. J'ai constaté de plus quelquefois que, même une minute après la dernière respiration, dans cette espèce de mort, le sang dans les deux espèces de vaisseaux était, à bien peu près, aussi rutilant que du sang artériel chez un animal vivant et à l'état normal.

2° *Gaz du sang.* — Des recherches faites par mon préparateur, M. d'Arsonval, ont montré que la proportion d'acide carbonique est moindre qu'à l'état normal dans le sang rougeâtre des veines d'animaux soumis à l'arrêt des échanges. D'autres changements très singuliers ont été trouvés dans ce sang. Après de nouvelles recherches, M. d'Arsonval exposera à l'Académie les resultats obtenus.

3° *Absence de convulsions.* — Les morts par privation soudaine et complète de respiration sont toujours précédés de convulsions plus ou moins violentes ; il n'en est jamais ainsi dans les cas de mort par cessation de respiration s'accompagnant d'arrêt des échanges. De même, les mouvements rhythmiques que l'on constate dans l'intestin

quelque temps après la mort. et qui quelquefois la précèdent, sont bien moins forts et bien moins durables qu'après les morts ordinaires quand l'arrêt des échanges coexiste avec l'arrêt final de la respiration.

4° *Abaissement de la température du corps.* — Chez un grand nombre d'animaux, surtout des cobayes et des lapins, j'ai constaté l'apparition d'un abaissement de température presque immédiatement après la production de l'arrêt des échanges. Il est peu fréquent que cet abaissement atteigne un degré considérable pendant la vie de l'animal. Cependant une perte de 12° C. a eu lieu chez un cobaye du poids de 395 gr., dans l'espace d'une heure. l'air étant à 11°. Il est vrai que l'arrêt des échanges dans ce cas coïncidait avec une paralysie vasculaire dans plusieurs parties : il y avait eu section de la moitié postérieure de la moelle cervicale. Après la mort avec arrêt des échanges, j'ai constaté invariablement un abaissement beaucoup plus rapide de la température du corps que dans les cas de mort sans cet arrêt. Un autre résultat d'expériences multipliées s'impose d'une manière si manifeste que je ne puis pas le négliger et encore moins le rejeter. La perte de chaleur dans un cadavre d'animal, mort avec arrêt des échanges, est bien plus rapide que celle qui devrait avoir lieu par les causes connues de déperdition de chaleur. On peut donc se demander si, par des transformations spéciales, une partie de la chaleur de l'animal ne devient pas latente. Pour donner un exemple des différences observées entre des animaux morts ayant eu l'arrêt des échanges et d'autres morts d'asphyxie, je dirai qu'un cobaye ayant eu cet arrêt à perdu 9°,2 dans les trente minutes qui ont suivi la dernière respiration, tandis qu'un cobaye mort par asphyxie n'en a perdu que 4°,6 dans le même temps. Si l'on compare la perte de chaleur dans ces deux cas à celle d'un corps de cobaye mort depuis cinq ou six jours, et qu'on a réchauffé de manière à lui donner la température d'un animal vivant, on trouve dans ce dernier cas une perte de 5°,7, c'est-à-dire beaucoup moins qne chez l'animal mort avec arrêt des échanges. Cette énorme différence montre combien est profonde l'influence du système nerveux alors qu'il produit l'arrêt des échanges.

5° *Contraction des vaisseaux sanguins.* — Ce phénomène est extrêmement fréquent et différencie nettement ce qui a lieu dans l'arrêt des échanges de ce que l'on voit, à un moindre degré, dans les cas où certaines lésions des centres nerveux ou des nerfs produisent une paralysie vasculaire avec couleur moins foncée du sang veineux mais sans suspension des échanges.

6° *Etat du cœur gauche et des artères après la mort.* — Chez les individus morts avec arrêt des échanges, on trouve souvent du sang dans les artères et dans le cœur gauche alors que toute circulation a

cessé. On sait que, dans les cas ordinaires de mort, ces parties sont presque toujours complètement vides de sang.

7° *Durée des propriétés de la moelle épinière, des nerfs et des muscles après la mort.* — Lorsque l'on tue promptement des animaux chez lesquels s'est produit l'arrêt des échanges, on constate que les propriétés de ces diverses parties durent bien plus longtemps que celles des mêmes parties chez les animaux morts sans arrêt des échanges. La rigidité cadavérique apparaît tardivement; elle dure très longtemps et la putréfaction qui la suit, non seulement apparaît très tard, mais est lente à se développer.

Conclusion. — Chez l'homme comme chez les animaux, le système nerveux a la puissance d'arrêter les échanges entre les tissus et le sang et de produire, par là ou autrement, des changements dans les propriétés des tissus, changements qui se manifestent non seulement pendant la vie, mais encore après la mort, dans les périodes d'existence de la rigidité cadavérique et de la putréfaction.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 *mars* 1882. — *Présidence de* M. Dujardin-Beaumetz.

Pneumothorax et orchite tuberculeuse. — *M. Vallin* présente un malade qui, sans cause et sans douleur, fut atteint de *pneumothorax* du côté gauche. Ce malade porte, de plus, un reliquat d'orchite traumatique qui, de temps en temps, est sujet à des recrudescences aiguës fébriles. L'examen de la poitrine révèle sous la clavicule gauche un peu de respiration granuleuse, suivant la dénomination de M. Woillez. M. Vallin pense que le pneumothorax est dû à un léger degré de ramollissement tuberculeux du poumon, et il établit un rapport de nature entre l'orchite et l'affection pulmonaire. Mais il est remarquable que ce pneumothorax soit absolument latent; le malade ne se doute pas de la grave affection dont il est atteint et n'en éprouve aucune gêne.

Suite de la discussion sur le tympanisme sous-claviculaire dans les épanchements pleurétiques.— *M. Woillez.* Le point saillant de la communication de M. Grancher est la relation qu'il a établie entre la tuberculose au début et la pleurésie avec épanchement. Mais les schèmes de M. Grancher sont trop mathématiques; il n'y a pas de signe physique pathognomonique qui permette de diagnostiquer la tuberculose, surtout à sa période de crudité, et l'on sait qu'il n'y a aucun rapport certain entre les signes et l'étendue des lésions.

Il existe une altération de la respiration que j'ai appelée *respiration anormale*, qui existe non seulement dans la tuberculose, mais aussi dans tous les cas où le *poumon est comprimé par un épanche-*

ment; mais lorsque la pleurésie est résorbée, si le poumon est sain, la respiration anormale disparaît; mais si le poumon est tuberculeux, ce signe persiste et s'aggrave.

Il est aussi une lésion pulmonaire qu'on a surtout bien étudiée dans ces derniers temps, et qui est peut-être caractérisée par la respiration anormale, c'est la *congestion pulmonaire*, et, comme l'hyperhémie du poumon accompagne fréquemment la tuberculose au début, il s'agit de savoir si la congestion est simple ou si elle complique la tuberculose, ce qui est assez difficile.

L'emphysème pulmonaire, qui produit une augmentation de volume du poumon, comme l'hyperhémie, peut aussi donner lieu aux mêmes signes physiques.

Voilà donc trois affections : compression du poumon par un épanchement, hyperhémie, emphysème qui peuvent présenter les mêmes signes que la tuberculose.

Il n'est pas jusqu'à la dilatation des bronches, localisée au sommet, comme l'a montré Barth, qui ne puisse simuler la tuberculose pulmonaire.

On voit donc que le diagnostic de la phthisie au début est entouré de la plus grande obscurité : c'est pourquoi on ne saurait trop féliciter ceux qui, comme M. Grancher, cherchent à élucider ce diagnostic si difficile.

Il est une autre question que je voudrais aborder: c'est celle de la respiration supplémentaire ou puérile, dans les épanchements pleurétiques.

Or, je ne pense pas que l'afflux de l'air en plus grande quantité produise nécessairement ce mode de respiration.

Enfin, sur un dernier point, je ne suis pas non plus de l'avis de M. Grancher.

Je ne pense pas que les pleurésies tuberculeuses soient plus fréquentes que les pleurésies simples, si par pleurésie on entend seulement les pleurésies avec épanchement; je crois que c'est dans l'opinion contraire qu'il faut voir la vérité.

M. Grancher. Sur la difficulté du diagnostic de la tuberculose au début, je crois que tout le monde ici est de l'avis de M. Woillez. Je connais aussi que le début de la tuberculose pulmonaire par un épanchement pleurétique abondant n'est pas un fait très commun, mais cependant je ne crois pas les observations de ce genre absolument exceptionnelles et l'on peut s'en assurer lorsqu'on suit les malades longtemps après la terminaison de leur prétendue pleurésie simple. M. Woillez a soulevé ensuite une question, que je n'avais pas abordée au même point de vue, c'est celle de la respiration puérile. Mais, si l'on s'en tient au fait physique, il est certain que, dans ces cas-là, le poumon reçoit plus d'air qu'à l'état normal.

Enfin, sur le dernier point, la statistique des pleurésies simples et des pleurésies tuberculeuses, je crois que c'est une statistique très difficile à établir, car il est trop rare qu'on puisse suivre les malades assez longtemps.

M. Woillez. Je reconnais que cette statistique est presque impossible à établir, surtout à l'hôpital. Quant à la respiration puérile, je ne suis pas de l'avis de M. Grancher, je ne pense pas que la respiration devienne puérile parce que le poumon reçoit plus d'air. Je termine en félicitant M. Grancher dont les recherches doivent être encouragées et méritent d'être poursuivies.

LÉSIONS DE LA PEAU DANS LA DERMATITE EXFOLIATRICE. — *M. Vidal* montre des préparations microscopiques représentant les lésions de la peau dans la *dermatite exfoliatrice*. Il y a absence du *stratum lucidum* et du *stratum granulosum*. Les cellules de Malpighi s'aplatissent et deviennent cornées, en desquamant incessamment, sans passer par l'état de cellules granuleuses.

Dans le derme, on trouve une dilatation considérable des vaisseaux papillaires. Les lésions diminuent progressivement à mesure qu'on pénètre dans la profondeur de la peau et elles disparaissent dans le tissu cellulaire sous-cutané. M. Vidal présente un dessin qu'il doit à son élève M. Brocq, interne des plus distingués des hôpitaux.

A 5 heures comité secret. ERN. GAUCHER.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE, par le *Dr Dujardin-Beaumetz*, médecin des hôpitaux (2e série, 2e fascicule). — TRAITEMENT DES MALADIES DU POUMON. (Octave Doin, éditeur. 1882.)

Nous avons eu déjà l'occasion, en analysant dans ce journal la première partie de l'ouvrage de M. Dujardin-Beaumetz, de dire tout le bien que nous pensions de ces Leçons de clinique thérapeutique.

La lecture du 2e fascicule du 2e volume n'a fait que confirmer notre première impression.

Ce fascicule est consacré au traitement des maladies du poumon. Fidèle à sa méthode essentiellement pratique, l'auteur commence par quelques considérations sur l'anatomie et la circulation du poumon. L'étude physiologique de cet organe, son rôle comme organe d'absorption et d'élimination, nous expliquent de suite l'action des inhalations, des fumigations sèches et humides.

Nous trouvons bien intéressante la leçon sur l'aérothérapie.

Il y a, dans ce chapitre, des considérations très instructives sur les appareils à air comprimé et raréfié; sur les effets physiologiques et thérapeutiques de ces méthodes, sur l'influence des altitudes, le r...

s montagnes. Cette leçon se termine par une étude fort bien faite · la climatologie médicale et sur la gymnastique respiratoire.

Vient ensuite l'histoire du traitement de la pneumonie.

M. Dujardin-Beaumetz passe d'abord en revue les symptômes de la ›umonie, sa marche; puis il étudie avec beaucoup de détails les ers traitements préconisés dans cette maladie.

Nous recommandons particulièrement ce qui a trait à la médica- ı contro-stimulante et à la médication par l'alcool. Les effets nfaisants et les dangers du tartre stibié sont bien précisés et mis parallèle avec les effets de l'alcool qui, lui également, présente si ses avantages et ses inconvénients.

La quatrième leçon, des indications dans le traitement des pneu- uies, constitue un chapitre fort remarquable; nous y voyons clai- ıent indiqués les moyens à employer contre le point de côté, la pnée, le délire, l'adynamie, l'état typhoïde, etc., ainsi que les ıs particuliers que réclament les diverses pneumonies bilieuse, ıittente, alcoolique, tuberculeuse, diabétique, etc.

Le traitement des bronchites aiguës fait l'objet de la cinquième le- ı; l'auteur montre l'action efficace de certains médicaments, entre res l'aconit, le jaborandi.

Dans le chapitre du traitement du catarrhe pulmonaire, nous trou- ıs une étude fort instructive des médications par les balsamiques, · les eaux sulfureuses, par les eaux arsenicales.

Les traitements de la coqueluche et de l'asthme sont exposés, s les leçons suivantes, avec un grand talent. Enfin, c'est par le tement de la phthisie que se termine ce volume. L'auteur le di- : en deux parties : le traitement pharmaceutique où nous trouvons ; les renseignements, tous les détails si utiles à connaître lors- ›n est aux prises avec cette maladie parfois si longue et, il faut ı le dire, si décourageante dans la majorité des cas; puis le traite- ıt hygiénique de la phthisie qui est d'une importance capitale.

'auteur montre bien l'influence de l'alimentation : le lait, les ›s gras, la viande crue.

'alimentation forcée est l'objet d'une étude particulière.

nfin, M. Beaumetz précise avec grand soin l'influence du climat; ısse en revue les stations d'altitude, les stations de plaine, les ons hivernales, l'aérothérapie, etc.

n peut juger, par cette courte analyse, l'importance de l'œuvre I. Dujardin-Beaumetz.

est, nous le répétons, le meilleur ouvrage de thérapeutique que ı possédons à l'heure actuelle; non seulement le côté théorique haque médication est étudié avec le plus grand soin, mais en- , ce qui est le plus important, toutes les indications fournies par inique sont exposées avec un incontestable talent. P. CUFFER.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret, en date du 25 mars, M. Cornil, agrégé, est nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les candidats pour le concours du prosectorat sont au nombre de dix-sept; ce sont :

MM. Barette, Berne, Castex, Coudray, De Lapersonne, Guinard, Labbé, Le Clerc, Ménard, Michaux, Ozenne, Poirier, Pousson, Ramonède, Routier, Verchère et Walther.

Le jury se compose de MM. les professeurs Béclard, président; Guyon, Richet, Sappey et Trélat, membres.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Distribution des prix* aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris et proclamation des noms des élèves nommés internes par suite du concours ouvert en 1882 pour entrer en fonctions le 1er avril 1882. — La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1882 aura lieu le mardi 28 mars 1882, à 2 heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3.

Dans cette même séance, seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1882.

— *Concours public* pour la nomination à trois places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 8 mai 1882, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 6 avril 1882, et sera clos définitivement le samedi 22 avril, à 3 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par décret, en date du 25 mars, M. Poncet, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 17 *au* 23 *mars* 1882. — Fièvre typhoïde, 59. — Variole, 13. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 55. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 78. — Phthisie pulmonaire, 254. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 65.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 54.

Bronchite aiguë, 42. — Pneumonie, 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 36; au sein et mixte, 31; inconnu, 12. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 105; l'appareil circulatoire, 72; l'appareil respiratoire, 92; l'appareil digestif, 47; l'appareil génito-urinaire, 39; la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 2; épuisement, 2; causes non définies, 1. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 17. — Nombres absolus de la semaine, 1.287.

Résultats de la semaine précédente : 1.216.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

:-Neuvième Année — Tome I. N° 38 Jeudi 30 Mars 1882

LA
RANCE MÉDICALE

REAUX
'abonne chez
(E et E. LECROSNIER
Place
le-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr

ır ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
rages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
ıonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

e Année. — Tome I. — N° 38. Jeudi 30 Mars 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 29 mars 1882.

L'Académie de médecine a procédé hier à une élection de mem- titulaire dans la section de pathologie interne, à la place laissée ante par la mort de Maurice Raynaud.

Les candidats avaient été présentés dans l'ordre suivant :

1° M. Bucquoy; 2° M. Siredey; 3° M. Lecorché; 4° M. Ball; M. Cadet de Gassicourt; 6° M. Ollivier.

L'élection n'a pas été disputée. Au premier tour de scrutin, M. Bucquoy obtenait 58 voix sur 73 votants.

Nous adressons nos chaleureuses félicitations à M. Bucquoy dont précieuse collaboration a été bien souvent appréciée par les teurs de la *France médicale*. Les voix qui se sont portées sur M. Siredey, Ball, Lecorché et Cadet de Gassicourt témoignent de ccueil sympathique qui attend un jour ces candidats.

La discussion sur l'anesthésie par le chloroforme a continué par ux discours. M. Vulpian a rappelé diverses expériences faites sur s animaux et qui montrent l'action du chloroforme sur les centres piratoires et sur les centres cardiaques.

M. Jules Guérin a formulé sa technique étiologique de la chloro- nisation et présenté un appareil destiné à rendre la pratique con- ne à la théorie.

REVUE CRITIQUE

De l'expérimentation appliquée à la thérapeutique à propos d'un livre récent (*Suite et fin*) (1).

Par M. le Dr H. Barth.

II. *Transfusion du sang.* — Cette opération, assez en faveur XVIIe siècle, et tombée ensuite dans un oubli presque absolu, a reprise à l'époque moderne, et depuis soixante ans elle a formé jet de nombreux travaux. Néanmoins l'accord est loin d'être et beaucoup de points sont encore en discussion : plusieurs d'en- ux sont du ressort de la thérapeutique expérimentale. La ques- qui divise le plus les observateurs est celle relative à la qualité ang à employer : les uns emploient le sang défibriné, d'autres le

---

(1) V. *France méd.*, n° 36 et 37, p. 421 et 433.

sang complet ; enfin un petit nombre a repris la pratique des anciens transfuseurs et se sert du sang d'un animal d'espèce différente. Ces trois méthodes veulent être étudiées séparément.

L'emploi du *sang défibriné* a pour but d'éviter la coagulation qui se fait si rapidement quand le sang est sorti des vaisseaux, et de donner par cela même plus de liberté aux manœuvres opératoires. Mais le sang défibriné est loin d'être complet : le battage en lui enlevant sa fibrine fait disparaître de même les hématoblastes qui forment les nœuds du coagulum ; les globules blancs sont aussi en partie détruits. D'un autre côté, l'injection du sang défibriné n'est pas absolument sans danger. Magendie a vu mourir rapidement les animaux auxquels il injectait leur propre sang après l'avoir défibriné, et il a attribué cette mort rapide à l'absence de viscosité qui favoriserait l'exosmose vasculaire. Landois, Ponfick, ont prouvé que, même après filtration, le sang défibriné par battage charie des filaments de fibrine qui s'accroissent dans leur trajet intra-vasculaire et peuvent donner lieu à des embolies. Toutefois ces accidents sont rares, et, quand elle est pratiquée avec modération, l'injection du sang défibriné est inoffensive, mais au point de vue du but que l'on veut atteindre, elle présente un inconvénient beaucoup plus sérieux : les expériences de Worm Müller ont prouvé que les globules rouges du sang défibriné ne persistent pas plus de trois ou quatre jours chez l'animal à qui on les injecte. Les recherches entreprises sur le même sujet par M. Hayem ont confirmé ce résultat et démontré que la survie des globules injectés est temporaire. En d'autres termes, le *sang défibriné ne peut pas être greffé.* Si on extrait à un animal une certaine quantité de sang pour le lui réinjecter après défibrination, on obtient à peu près le même résultat que par une saignée d'importance égale. Mais lorsque, sans saignée préalable, on fait une injection de sang défibriné, il se produit une poussée hématoblastique : les globules rouges introduits dans le torrent circulatoire fournissent en se dissolvant une notable quantité d'hémoglobine, qui paraît servir à la constitution de nouveaux globules. Les mêmes effets s'observent, avec plus de netteté encore, lorsque l'injection est faite à un animal préalablement anémié. — Cette opération, si elle ne produit pas par elle-même la rénovation du sang, la favorise donc d'une manière indirecte, et à ce titre elle n'est pas sans avantage.

La transfusion du *sang complet* est une opération assez délicate en raison de l'extrême coagulabilité du liquide sanguin et des embolies possibles ; on évite ce danger à l'aide d'instruments perfectionnés. Elle est en général bien supportée, et ne détermine que des phénomènes sans gravité : léger degré de chaleur et de sueur pendant l'opération ; peu après, frisson, dont l'intensité paraît en rapport avec la quantité injectée ; un peu de refroidissement aux extrémités

légère accélération du pouls et élévation de température d'un demi-degré à un degré. Les expériences encore peu nombreuses instituées sur les animaux paraissent démontrer que les hématies du sang complet survivent plus longtemps que celles du sang défibriné, et que la greffe sanguine est jusqu'à un certain point possible.

Quant à l'injection du sang d'un animal d'*une espèce différente*, l'expérience a conduit M. Hayem à la rejeter absolument. Le mélange de deux sangs différents détermine, comme l'ont démontré Landois et Treite, les altérations les plus profondes : ils semblent exercer réciproquement l'un sur l'autre une influence dissolvante; les globules se détruisent, l'hémoglobine dissoute se répand dans le sérum, et les stromas globulaires réunis en amas peuvent former des embolies. Chez les animaux soumis à une transfusion de ce genre, on observe les phénomènes les plus graves : d'abord une accélération marquée des mouvements respiratoires, et de la dyspnée; bientôt survient de l'hémoglobinurie, puis un frisson, des convulsions, et enfin, si la quantité de sang ainsi injectée est considérable, l'animal ne tarde pas à succomber. A l'autopsie des animaux morts de cette manière on trouve des congestions viscérales diverses, des suffusions sanguines à la surface des séreuses et des hémorrhagies interstitielles dans les parenchymes. Il semble que l'hémoglobine étrangère exerce une véritable action toxique sur le système nerveux. — Chez l'homme, en raison de la faible quantité de sang injectée, les accidents vont rarement jusqu'à déterminer la mort; mais les phénomènes observés : dyspnée, palpitations, excitation nerveuse, rachialgie, frisson, hémoglobinurie, sont de tout point comparables à ceux constatés chez les animaux; on a vu de plus se produire de l'urticaire et même de l'ictère. — La transfusion d'un sang différent doit donc être absolument proscrite.

Quelles sont les conclusions à tirer de cette étude? — Après une forte hémorrhagie; la transfusion n'est indiquée qu'en cas de mort imminente, et celle-ci est ordinairement annoncée par des convulsions générales. Dans les cas de ce genre, l'injection de sang défibriné ne produit qu'une amélioration momentanée, analogue à celle qu'on obtient chez les animaux par une injection de sérum ou de tout autre liquide n'altérant pas les globules; mais le sang défibriné se dissout bientôt et les globules détruits encombrent le système vasculaire de leurs débris. Seule, l'injection de sang complet peut procurer une guérison définitive, en fournissant à l'organisme des globules vivaces et vraiment utiles. — Dans les cas d'anémie aiguë moins profonde, et aussi dans les anémies chroniques, la transfusion peut être utile en favorisant le processus de sanguification; il est alors à peu près indifférent de la faire avec du sang défibriné ou du sang complet; mais l'on se tromperait fort si on comptait sur la trans-

fusion pour obtenir dans la constitution du sang une modification tant soit peu profonde et durable.

§ III. *Fer.* — Le fer est un élément propre au globule rouge et plus spécialement à l'hémoglobine ; c'est à ce métal que l'hémoglobine emprunte sa remarquable propriété de fixer l'oxygène. Le sang est surtout riche en fer chez les nouveau-nés, et chez les adultes vigoureux, actifs, du sexe masculin. La proportion du fer s'abaisse pendant la grossesse et l'époque menstruelle ; elle s'élève avec la richesse de l'alimentation. On le rencontre en moindre quantité dans la plupart des organes et des tissus, mais il y est toujours apporté par le sang, sous forme d'hémoglobine qui se transforme en pigments variés. Le fer peut être absorbé par la voie sous-cutanée, quand on se sert d'une préparation qui n'est ni styptique ni caustique (injections sous-cutanées de citrate de fer). Physiologiquement, c' dans la plupart des expériences, il est introduit par voie stomacale, et il semble que tantôt il pénètre directement dans le courant sanguin sous forme de sel insoluble, pour se combiner avec les substances albuminoïdes du sang, que dans d'autres cas il se combine dans l'estomac même avec les albuminoïdes ; enfin les deux processus peuvent être combinés : c'est ainsi que, suivant Scherpf, le fer introduit dans l'estomac à l'état de limaille commence par s'oxyder, puis en présence du suc gastrique, se transforme en chlorure de fer ; une partie de ce sel est absorbée directement, l'autre rencontrant dans le tube digestif des albuminoïdes ou des peptones, en même temps que des alcalis comme le chlorure de sodium, forme immédiatement de l'albuminate ou du peptonate double de fer et de sodium, qui est facilement absorbé. Cette absorption paraît se faire par les veines et non par les lymphatiques.

Chez les animaux soumis à l'usage du fer, on a trouvé dans l'intestin une quantité de métal presque aussi grande que celle ingérée ; il est en effet éliminé surtout par les émonctoires intestinaux et en particulier par la bile. Cela veut-il dire, comme l'ont soutenu certains auteurs (Cl. Bernard), qu'il ne dépasse pas la circulation entéro-hépatique, qu'il est arrêté dans le foie et que son rôle se borne à une excitation du tube digestif ? Cela est peu probable, car c'est aux hématies que le foie emprunte les éléments de la bile, et les globules rouges se renouvelant incessamment ont toujours besoin d'une nouvelle quantité de fer. Or cette évolution paraît être très rapide. Dietl, en nourrissant des chiens avec des aliments presque dépourvus de fer, a constaté que l'élimination du métal était supérieure à l'absorption.

Pour établir l'action thérapeutique du fer, il faut distinguer deux classes d'anémie : les anémies primitives et les anémies consécutives. Le type des anémies primitives et spontanées est la chlorose

cette maladie est caractérisée par une évolution incomplète des globules rouges, et par l'accumulation dans le sang de formes globulaires jeunes, imparfaites, pauvres en hémoglobine. Le traitement par les ferrugineux paraît agir bien réellement en complétant les globules et non en excitant les fonctions digestives ; en effet, si on examine le sang pendant la durée d'une cure martiale bien supportée, on voit d'abord les globules augmenter de nombre, puis, ce qui est beaucoup plus important, la valeur globulaire se rapproche de l'état normal. D'un autre côté, si on fait prendre à une chlorotique du ferro-cyanure de potassium, sel non assimilable qui traverse l'économie sans se modifier, on n'observe aucune amélioration appréciable. Ce n'est pas tout : les troubles digestifs sont très efficacement combattus chez ces malades par les inhalations d'oxygène, et pourtant ce moyen est incapable de produire une modification appréciable des altérations globulaires ; l'action spécifique du fer sur les hématies ne saurait donc être mise en doute.

Dans les anémies primitives et provoquées (pertes de sang), s'il s'agit d'une hémorrhagie accidentelle, et si le pouvoir sanguificateur est intact, la médication martiale est en général inutile ; mais quand la fréquence et l'importance des hémorrhagies ont affaibli l'organisme au point de porter un préjudice sérieux aux fonctions hématopoiétiques, l'intervention du fer est formellement indiquée.

Parmi les anémies consécutives, M. Hayem range dans un premier groupe les maladies hémorrhagipares, purpura, scorbut, hémophilie, dont la nature nous est inconnue, et où le traitement par les martiaux n'est indiqué qu'à l'époque de la convalescence. — Dans l'anémie qui suit les fièvres graves, le fer en général n'est pas nécessaire; il y a lieu cependant de l'employer quand la maladie a frappé une personne atteinte antérieurement d'anémie. — Enfin dans les anémies symptomatiques liées aux maladies chroniques, le fer, bien qu'il ne puisse en rien modifier la maladie principale, combat utilement la lésion hématique et retarde jusqu'à un certain point la cachexie.

Nous n'ajouterons rien à cette simple analyse : bien que forcément incomplète, elle suffit à montrer quelle est l'importance des résultats déjà obtenus par M. Hayem, et quel puissant secours l'emploi raisonné de la méthode expérimentale est capable d'apporter à l'étude ardue des problèmes thérapeutiques. Il est vrai que les difficultés sont grandes et qu'on les verra croître à chaque pas : si l'étude de la saignée, de la médication ferrique est déjà bien complexe, celle des grandes phlegmasies, celle surtout des maladies constitutionnelles le sera sans doute encore davantage ; mais l'impulsion est donnée et les obstacles, quels qu'ils soient, n'arrêteront certainement pas les travailleurs qui vont s'empresser à l'envi dans cette voie féconde.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret, en date du 25 mars, M. Cornil, agrégé, est nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les candidats pour le concours du prosectorat sont au nombre de dix-sept ; ce sont :

MM. Barette, Berne, Castex, Coudray, De Lapersonne, Guinard, Labbé, Le Clerc, Ménard, Michaux, Ozenne, Poirier, Pousson, Ramonède, Ricatier, Verchère et Walther.

Le jury se compose de MM. les professeurs Béclard, président ; Guyon, Richet, Sappey et Trélat, membres.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Distribution des prix* aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris et proclamation des noms des élèves nommés internes par suite du concours ouvert en 1881 pour entrer en fonctions le 1er avril 1882. — La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1882 aura lieu le mardi 28 mars 1882, à 2 heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, 3.

Dans cette même séance, seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1882.

— *Concours public* pour la nomination à trois places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 8 mai 1882, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 6 avril 1882 et sera clos définitivement le samedi 22 avril, à 3 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par décret, en date du 25 mars, M. Poncet, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 17 *au* 23 *mars* 1882. — Fièvre typhoïde, 4. — Variole, 13. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 55. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 78. — Phthisie pulmonaire, 254. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 65.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 54.

Bronchite aiguë, 42. — Pneumonie, 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 36 ; au sein et mixte, 31 ; inconnu, 12. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 105 ; l'appareil circulatoire, 72 ; l'appareil respiratoire, 92 ; l'appareil digestif, 47 ; l'appareil génito-urinaire, 39 ; la peau et du tissu lamineux, 5 ; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; fièvre infectieuse, 2 ; épuisement, 2 ; causes non définies, 1. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 17. — Nombres absolus de la semaine, 1.287.

Résultats de la semaine précédente : 1.216.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

NOUVELLES

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décret, en date du 25 mars, M. Cornil, agrégé, est nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les candidats pour le concours de prosectorat sont au nombre de dix-sept ; ce sont :

MM. Barette, Berne, Castex, Coudray, De Lapersonne, Guinard, Labb..., Le Clerc, Ménard, Michaux, Ozenne, Poirier, Pousson, Ramonède, Routier, Verchère et Walther.

Le jury se compose de MM. les professeurs Béclard, président ; Guyon, Richet, Sappey et Trélat, membres.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Distribution des prix* aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris et proclamation des noms des élèves nommés internes par suite du concours ouvert en 188[illegible] pour entrer en fonctions le 1er avril 1882. — La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils qui ont concouru en 1882 aura lieu le mardi 28 mars 1882, à 2 heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria.

Dans cette même séance, seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1882.

— *Concours public* pour la nomination à trois places de chirurgien du bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 8 mai 1882, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 6 avril 1882, et sera clos définitivement le samedi 22 avril, à 3 heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Par décret, en date du 25 mars, M. Poncet, agrégé, est nommé professeur de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 17 *au* 23 *mars* 1882. — Fièvre typhoïde, 4. — Variole, 13. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 55. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 7. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 78. — Phthisie pulmonaire, 254. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 65.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 54.

Bronchite aiguë, 42. — Pneumonie, 95. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 36 ; au sein et mixte, 31 ; inconnu, 1[illegible]. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 105 ; l'appareil circulatoire, 72 ; l'appareil respiratoire, 92 ; l'appareil digestif, 47 ; l'appareil génito-urinaire, 39 ; la peau et du tissu lamineux, 5 ; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; fièvre infectieuse, 2 ; épuisement, 2 ; causes non définies, 1. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 17. — Nombres absolus de la semaine, 1.287.

Résultats de la semaine précédente : 1.216.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

rachidien comme étant parfaitement indemne. Le chloroforme est transporté par le sang dans toute l'économie et agit sur tous les tissus quels qu'ils soient ; cependant, le bulbe rachidien est encore impressionnable, alors que le cerveau et la moelle épinière ont cessé de fonctionner. Le centre respiratoire agit donc, mais il est déjà touché. Si l'on chloralise ou chloroformise un animal et si l'on met à nu les nerfs pneumogastriques, si on les coupe en travers, l'animal continue à respirer ; si l'on excite le bout central du nerf, la respiration s'arrête, mais, au bout de quelque temps, elle recommence, quoique la faradisation continue. Si l'animal n'est pas chloroformé, si l'on excite le bout central du nerf pneumogastrique, l'animal meurt. Cela montre donc bien que le bulbe rachidien n'est pas dans son état normal sur un animal chloroformé.

Prenons un autre animal chez lequel on faradise le bout thoracique du nerf pneumo-gastrique. On arrête le cœur, mais si on continue la faradisation, le cœur recommence à battre. Si l'animal est chloralisé ou chloroformisé, on arrête le cœur plus facilement, et dans bon nombre de cas il ne reprend pas ses mouvements.

Les centres respiratoires et le centre cardiaque ne sont donc pas dans leur état normal.

Ces accidents s'observent surtout facilement dans certaines races de chiens, et surtout chez les femelles.

Quelques accidents arrivent après la chloroformisation, il s'agit alors d'une impression transmise par la moelle au bulbe rachidien.

Ces syncopes cardiaques et ces syncopes respiratoires sont très graves chez les animaux. Les syncopes respiratoires sont moins graves que les syncopes cardiaques.

Ce qui ressort de cette expérience, c'est qu'il faut faire par tous les moyens possibles la respiration artificielle.

Le chloroformisation n'est donc pas une opération dépourvue de danger.

M. J. Guérin trouve que l'on a mal étudié les cas de mort dus au chloroforme. Il accepte entièrement la proposition de MM. Sédillot et Gosselin, et pense comme eux que le chloroforme bien administré ne tue jamais.

M. Guérin a fait avec MM. Lebert et Tholozan des expériences qui l'ont amené à cette conclusion.

Il n'est pas nécessaire de pousser l'anesthésie jusqu'à la complète disparition du phénomène reflexe des paupières ; c'est dans ces cas surtout que l'on observe des alertes dangereuses.

M. J. Guérin expose sa technique étiologique de l'administration du chloroforme.

Comment mettre constamment la pratique en rapport avec cette technologie ? Ce n'est pas avec la compresse, l'éponge ou le cornet.

complète de tissu fibreux. Il est rare que les deux modes de distribution ne se trouvent pas associés; toutefois c'est le mode annulaire qui paraît débuter le plus généralement. Ce tissu interlobulaire présente d'ordinaire, du moins à une période un peu avancée, deux zones assez nettement distinctes : une zone constituée par des faisceaux de fibres conjonctives arrivées à un degré assez élevé d'organisation, situés le plus souvent au voisinage des vaisseaux portes, et une zone marginale plus ou moins considérable, composée de fibrilles et de très nombreuses cellules embryonnaires. De jeunes vaisseaux serpentent à travers ce tissu qu'ils nourrissent; celui-ci est de plus sillonné de canalicules biliaires néoformés, ramifiés et anastomosés, le plus souvent renflés et obstrués par les cellules épithéliales qui tapissaient leurs parois.

A côté de l'élément interstitiel, l'élément parenchymateux intervient dans cette néoplasie conjonctive et toujours de la façon la plus irrégulière et la plus tumultueuse, les cellules glandulaires prolifèrent et font retour à l'état embryonnaire, la sclérose épithéliale intra-lobulaire vient précipiter l'envahissement diffus de toute la glande. Au sein de ce tissu morbide apparaissent encore des groupes de cellules hépatiques isolées dont quelques-unes graisseuses, les autres déformées et atrophiées, des trabécules glandulaires déjetés et aplatis, des capillaires nombreux et des canalicules néoformés, dont on peut suivre parfois la continuité avec les colonnes cellulaires, et qui rampent dans tous les sens au sein du tissu nouveau. Dans quelques cas cette seconde phase du processus peut affecter une marche aiguë. Le plus souvent la sclérose interstitielle et parenchymateuse évoluent simultanément, ou bien la transformation de l'épithélium suit de près l'hyperplasie interstitielle du tissu fibreux.

Mais, entre ces deux types extrêmes, il existe de nombreuses variétés, de là la difficulté de montrer dans une vue d'ensemble les formes histologiques des cirrhoses mixtes.

Au point de vue des symptômes, de même, tous les faits rapportés par M. Guiter offrent ce caractère commun d'être mixtes par la coexistence de signes appartenant à des formes opposées de l'hépatite chronique. Ainsi dans chacune de ses observations l'ascite et l'ictère interviennent conjointement à une époque peu avancée de la maladie; il ne s'agit dans aucun de ces cas d'un accident ultime et tout à fait secondaire, de l'ascite qu'on observe parfois à la longue dans les phases tardives de la cirrhose hypertrophique. Bientôt le développement de la circulation collatérale et l'œdème des membres inferieurs établiront à n'en pas douter la gêne de la circulation porte.

L'ictère est très accusé dans la grande majorité des cas : tantôt il procède par poussées successives; puis il s'installe définitivement et

ne cesse de s'accentuer jusqu'à la mort du malade, tantôt il survient d'emblée.

Le volume du foie est plus variable. Fréquemment on observe une exagération du volume normal. Lorsque l'affection évolue lentement, lorsque le malade n'est pas emporté promptement par les progrès de la néoplasie, la tendance à la rétraction se produit tôt ou tard et l'atrophie suit comme toujours l'hypergenèse du tissu fibreux.

Les troubles digestifs, l'amaigrissement, la perte des forces, l'augmentation de volume de la rate, les hémorrhagies, ne présentent ici aucun caractère spécial, et forment le cortège ordinaire de toutes ces scléroses du foie. A. CH.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêté du 19 de ce mois, M. le Dr Leroux est délégué dans les fonctions de chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris et attaché en cette qualité au service de M. le professeur Parrot, à l'hôpital des Enfants-Assistés, en remplacement de M. le Dr Cossy, décédé.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour quatre places d'accoucheurs des hôpitaux.* — Le jury est ainsi définitivement constitué : MM. Th. Anger, Depaul, Désormeaux, Dujardin-Beaumetz, Gosselin, Mauriac, Péan, de Saint-Germain, Tarnier.

Les candidats ont eu à traiter comme composition écrite : *Structure de l'estomac, vomissement.*

Les autres questions placées dans l'urne étaient : Canal inguinal, de l'effort ; nerf pneumogastrique, influence du système nerveux sur la respiration.

Les épreuves ont lieu les mardis, jeudis et samedis à 4 heures.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Amphithéâtre d'anatomie.* — Programme des cours de la saison d'été (année 1882). — 1° Cours de médecine opératoire : MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que M. le Dr Tillaux, chirurgien de l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira ce cours le lundi 17 avril 1882, à 4 heures.

M. le Dr Tillaux traitera des Résections et des Opérations spéciales.

M. le Dr Quenu, premier prosecteur, traitera des Ligatures d'artères.

M. le Dr Le Bec, deuxième prosecteur, traitera des Amputations.

Des répétitions seront faites, après chaque leçon, sous la direction des professeurs.

2° Conférences d'histologie : Des conférences sur l'Histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. Siredey, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 3 avril.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

:GT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 39 SAMEDI 1er AVRIL 1882

LA
RANCE MÉDICALE

UREAUX
n s'abonne chez
AHAYE et E. LECROSNIER
Place
'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 39. Samedi 1er Avril 1882

LA FRANCE MÉDICALE

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU. — M. LE PROFESSEUR RICHET.

Des luxations non réduites.

Leçon recueillie par M. le Dr BAZY,
Chef de clinique.

Depuis notre dernière leçon j'ai eu à réduire une luxation de l'épaule datant de trois mois et demi ; les tentatives que j'ai faites ont été couronnées de succès et la luxation a été réduite ; quoique la malade ne soit pas dans nos salles, je veux saisir cette occasion pour vous parler des luxations non réduites, des causes qui empêchent la réduction après un certain temps et des manœuvres qu'il faut employer pour en triompher.

Voici l'histoire de cette malade :

C'est une femme d'environ 55 ans qui a été blessée dans un de nos derniers accidents de chemin de fer. Elle était assise dans son compartiment; au moment où elle a ressenti la secousse, résultant du tamponnement, elle a été vivement projetée en avant, et, pour se protéger, elle a étendu la main qui est venue heurter violemment la paroi opposée de la caisse; elle a ressenti une violente douleur dans l'épaule. Elle a été soignée immédiatement par des médecins qui ont reconnu une luxation de l'épaule droite et l'ont réduite.

Le gonflement de l'épaule était énorme et persistait encore quand elle rentra chez elle, quinze jours après. Elle fit appeler son médecin qui ne dérangea pas l'appareil dans lequel elle était placée; il attendit.

Quand il fut appelé à la revoir, il constata que les mouvements n'étaient pas possibles, et, l'ayant examiné de plus près, il crut reconnaître une luxation non réduite; il m'amena néanmoins la malade pour avoir mon avis. A première vue, quand je regardai l'épaule, je reconnus une luxation.

Ce premier diagnostic fut confirmé par un examen plus attentif. Effectivement, en palpant la région, je sentis la tête sous l'apophyse coracoïde ; ayant écarté légèrement le bras du tronc, je sentis encore la tête en dedans de la situation qu'elle occupe normalement. En même temps, je vis une dépression sous l'acromion dans laquelle je mis mon doigt; dans cette dépression, à travers le deltoïde aminci, je sentis quelque chose qui n'offrait pas la résistance de l'os, mais qui était mollasse, comme empâté ; ce n'était pas la cavité glénoïde que je sentais. Il était évident que la tête de l'humérus avait

quitté cette cavité, qu'elle était sous l'apophyse coracoïde. Néanmoins, en saisissant le coude à pleine main et essayant de faire tourner l'humérus sur son axe, je ne pouvais parvenir à imprimer le moindre mouvement de rotation à la tête humérale; la saillie osseuse qu'elle formait était absolument immobilisée; il ne fallait pas néanmoins se laisser tromper par cette immobilité, qui s'explique très bien, comme vous allez le voir, par des adhérences que la tête de l'os a contractées avec les parties voisines, ni par cette masse empâtée qui était dans la cavité glénoïde. Les signes de la luxation, saillie de la tête sous l'acromion, écartement du bras, dépression sous-acromiale, étaient trop nets pour que je pusse hésiter, et je dis que nous nous trouvions en présence d'une luxation non réduite ou qui s'était reproduite.

Avant de parler de ce que nous avons fait, je tiens à vous dire dans quelles conditions se trouvent ces luxations. J'en ai vu un grand nombre, j'ai vu et j'ai eu des insuccès, et j'ai vu même des accidents. Cela m'a conduit à poser quelques principes que je veux reproduire encore devant vous.

1° D'abord, l'obstacle à la réduction n'est pas le même dans les luxations traumatiques récentes et anciennes. Ici, les muscles sont atrophiés, quelquefois paralysés, dans tous les cas impuissants ou considérablement affaiblis. Dans les récentes, au contraire, ce sont les muscles qui, par leur contracture, opposent la plus grande résistance à la réduction; la preuve, c'est le succès que l'on peut obtenir en apostrophant vivement les malades, en les souffletant comme le faisaient les anciens, afin de détourner leur attention et de faire cesser la contracture pendant un instant très court dont on profite pour réduire. Une autre preuve est tirée de la chloroformisation qui, amenant la résolution musculaire, permet de réduire avec la plus grande facilité. Quelquefois, cependant, la difficulté et l'impossibilité de la réduction ne tiennent pas aux muscles, mais à la disposition de l'extrémité luxée (extrémité coudée pour le fémur), ou à l'existence d'une boutonnière aponévrotique qui enserre l'os dans une portion rétrécie, comme cela peut s'observer pour l'extrémité supérieure de l'humérus.

Quelle est donc la cause qui, dans les luxations anciennes, s'oppose à la réduction, si les muscles n'y sont pour rien. Cé sont, messieurs, les adhérences qui se sont établies entre la tête déplacée et les parties voisines. Ces adhérences, on les a disséquées; on les a vues dans les cas où il a été donné de faire la nécropsie de malades atteints d'une luxation ancienne, et on a pu voir ainsi qu'il existait une tendance à la formation d'une néarthrose, d'une nouvelle articulation entre l'extrémité luxée et les parties avec lesquelles elle se mettait en contact.

Effectivement, quand une luxation n'est pas réduite, sous l'influence de ce changement de position, il se fait des modifications dans la tête de l'os; son cartilage disparaît et, souvent, après trois mois, on n'en trouve plus de traces. De cette surface osseuse, ainsi dénudée, naissent des bourgeons charnus qui s'organisent en tissu fibreux et établissent des adhérences plus ou moins serrées entre l'os et les parties contiguës; ces adhérences ne s'établissent pas seulement sur la surface dépouillée de cartilage, mais, tout autour de celle-ci, il se forme comme une nouvelle capsule. Cela vous explique pourquoi la tête est si bien immobilisée; elle est tellement serrée dans ce tissu fibreux, que vous ne pouvez lui imprimer le moindre mouvement.

Si c'est ainsi que se passent les choses, croyez-vous que la réduction doive être faite de la même façon dans les luxations anciennes et dans les luxations récentes? Assurément non. Dans l'une, la luxation récente, c'est la contraction, le spasme musculaire qui s'oppose à la réduction; c'est un élément actif, soumis à l'influence nerveuse; dans l'autre, la luxation ancienne, l'obstacle à la réduction est constitué par des tractus fibreux, élément passif, mécanique si je puis ainsi dire. Nous pouvons tirer de cette comparaison une conclusion pratique immédiate. Si la chloroformisation dans la luxation récente doit être poussée jusqu'à la résolution musculaire, dans la luxation ancienne c'est inutile; je dirai même que c'est dangereux. En effet, à cause des tractions considérables que l'on est obligé d'exercer sur le bras, il est bon de laisser aux muscles une certaine tonicité qui contrebalancerait en partie l'effet de la traction si elle était trop forte, et qui n'est pas suffisante pour lui nuire, car les muscles sont atrophiés; d'un autre côté, comme vous prenez un point d'appui sur la poitrine, il est bon que le jeu de la respiration puisse être fait par les muscles principaux et accessoires qui concourent à cette fonction. La résistance opposée par les muscles doit donc en partie contrebalancer l'influence de la traction: vous éviterez ainsi de tirailler les nerfs, ce qui a pu être la cause de morts subites, ceux-ci étant arrachés au niveau de leur insertion à la moelle, ou de déterminer des ruptures artérielles et des anévrysmes. Ne poussez donc jamais le chloroforme que jusqu'à l'anesthésie sans chercher à obtenir la résolution musculaire complète.

Nous avions donc chez notre malade d'abord à donner le chloroforme, puis à déchirer ou mieux détruire les adhérences qui reliaient la tête de l'os aux parties voisines. Les ruptures des adhérences peuvent s'obtenir par des tractions faites soit au moyen d'appareils, dont celui de Jarvis est un type, soit au moyen des moufles.

Lequel de ces deux moyens employer? Aucun tout d'abord. Avant de commencer les tractions, il faut d'abord mobiliser la tête de l'os.

Quel but se propose-t-on en agissant ainsi? Celui de rompre, de détruire les adhérences. L'union fait la force. Or, si on tire directement sur la tête, on tire à la fois sur toutes les adhérences qui unies, serrées vous résisteront, pour peu qu'elles soient anciennes. Faites, au contraire, des mouvements de flanc, si je puis ainsi dire, prenez-les une à une en tirant tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, elles céderont et bientôt aucune ne vous résistera, elles auront toutes cédé.

Cette mobilisation de la tête est donc un point capital. J'ai produit cette mobilité en imprimant à l'humérus des mouvements de rotation soit en dedans soit en dehors; j'ai senti des craquements se produire. et bientôt nous avons tous pu constater que la tête était parfaitement mobile. Il n'y avait donc plus de doute : cette masse immobile qu'on sentait auparavant était donc bien la tête de l'humérus. Qu'était donc cette masse empâtée qu'on sentait dans la cavité glénoïde et qu'on aurait pu prendre pour la tête ou un fragment de la tête de l'humérus? C'était du tissu fibreux de nouvelle formation : il se produit du côté de la cavité ce qui se produit du côté de la tête, un bourgeonnement analogue à celui qui donne lieu aux adhérences: la cavité se comble, c'est ce qui fait que, quand on a réduit la luxation. celle-ci paraît exister encore ; car la tête n'occupe pas tout à fait la situation normale ; c'est ce qui fait qu'il y a un allongement du membre ; mais je n'insiste pas, j'y reviendrai tout à l'heure.

Je vous disais que j'avais tout d'abord pratiqué la mobilisation de la tête, et que dans le mouvement que je faisais j'avais senti des craquements: tout d'abord j'ai cru qu'il s'agissait d'une crépitation osseuse, et je me demandais si nous ne nous étions pas trompés, s'il ne s'agissait pas d'une fracture : il ne s'agissait en réalité que de cette crépitation propre aux luxations anciennes, et qui tient aux frottements exercés sur un tissu fibreux par une tête osseuse dépouillée de cartilage. Dans tous les cas la saillie qu'on sentait sous l'apophyse coracoïde était bien mobile avec l'humérus, et s'il s'était agi d'une fracture, elle aurait été d'une bien minime importance. J'appliquai donc les forces extensives avec le bracelet que vous connaissez tous sur le bras.

Dans les luxations anciennes, j'applique l'extension sur le segment du membre luxé, sur le bras pour la luxation de l'épaule et non sur la main. On ne risque pas ainsi de produire des désordres sur les articulations du coude et de la main. J'ai placé un drap plié en cravate autour de la poitrine pour faire la contre-extension, et j'ai fait graduellement tirer sur les moufles. Quand le dynamomètre a marqué 100 kilogr., je me suis arrêté : je sentais des craquements se produire : je mobilisai encore la tête par des mouvements de rotation en même temps que je la poussais ; un aide attirait l'extrémité supérieure de

'humérus en haut, au moyen d'une serviette pliée en cravate; quand 'ai cru que la tête était suffisamment avancée, j'ai dit: lâchez tout t j'ai ramené vivement le bras contre la poitrine. La luxation était éduite.

Après cela, j'ai voulu encore m'assurer que nous avions bien eu ffaire à une luxation et non à une fracture du col anatomique ou chiurgical de l'humérus. Je me suis dit : s'il y a eu fracture, nous n'auons réduit que le fragment inférieur, ce qui, dans tous les cas auait été préférable au *statu quo;* la mensuration nous donnera un accourcissement, or, la mensuration la plus précise nous a permis e constater un allongement de près de deux centimètres. Ce résultat e pouvait s'expliquer avec une fracture ; il est même un peu surpreant avec une luxation. Il le paraîtra moins si on songe que la cavité lénoïde était comblée par du tissu fibreux de nouvelle formaon.

Du reste, nous avions affaire à une luxation ; l'épaule avait repris ne conformation a peu près normale et la saillie sous-acromiale a'on sentait faisait corps avec le reste de l'humérus.

Quoi qu'il en soit, messieurs, de ce succès, cette opération est une esogne ingrate pour le chirurgien ; on ne lui en sait pas gré, car elle e fait que réparer une erreur ou un accident ; et puis il peut se faire u'on ne réussisse pas, sans compter les accidents auxquels donnent *eu les* tractions. Nous avons tous vu des anévrysmes, des morts subtes, des arrachements de muscles consécutifs aux tentatives de éduction; vous connaissez tous le cas de M. Guérin où le bras fut rraché sous l'influence des tractions qu'on exerçait sur lui. Aussi, essieurs, ne saurais-je trop vous engager à être réservé quand ous vous trouverez en présence de cas semblables, et de faire les actions avec tous les ménagements et les précautions que comporte ie besogne aussi délicate.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 *mars* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé.

Fibrome utérin et kyste dermoïde de l'ovaire. — *M. Duplay* lit rapport sur une observation envoyée par le Dr Querel. Le diagnosavait été : kyste de l'ovaire et fibrome sous-péritonéal. La paroi dominale étant incisée, l'utérus fut amené au dehors et une parfut liée, puis sectionnée. Le chirurgien fit alors l'ablation du ste dont le pédicule une fois lié fut abandonné. En procédant à la lette du péritoine, on remarque dans le cul-de-sac recto-vaginal e autre tumeur qui est reconnue pour un kyste de l'ovaire gauche. tte nouvelle tumeur ovarique était formée de plusieurs loges ; l'une

d'elles, ouverte dans le cours de l'opération, contenait du pus; les autres de la matière sébacée, des poils nombreux, enfin un fragment osseux sur lequel étaient implantées cinq dents.

L'opérée mourut dans la nuit. L'examen de la pièce fit bien reconnaître qu'il s'agissait d'un fibrome sous-péritonéal et de kystes dermoïdes des deux ovaires.

M. Duplay se demande si en pareil cas il faut faire l'opération si grave de l'hystérectomie ou se borner à pratiquer l'ablation des kystes de l'ovaire. L'observation précédente est peu encourageante. La pratique opposée a été au contraire suivie de succès, et le rapporteur cite deux cas dans lesquels il n'a pas touché au fibrome et où la guérison a été très rapide. Pour lui on doit se borner à l'ablation des kystes, sauf indications spéciales.

M. Trélat demande à ce qu'on précise davantage les indications et contre-indications de l'hystérectomie suivant le volume, la nature, ou les accidents occasionnés par la tumeur utérine ; du reste il se range à l'opinion de M. Duplay, qui est partagée aussi par M. Terrier. Quatre fois il a été obligé d'enlever l'utérus et l'ovaire, et 4 fois cette grave opération a été suivie de mort.

Si l'on en croit les observations anglaises, on pourrait cependant dans quelques tumeurs fibreuses bien pédiculées, obtenir de bons résultats de l'ablation des tumeurs sans ablation de l'utérus.

M. T. Anger a opéré, il y a déjà quelques années, un kyste dermoïde de l'ovaire, un peu analogue à celui dont il vient d'être question. Dans ce cas M. Anger fut obligé de recourir à une véritable énucléation de la tumeur qui était englobée dans le petit bassin, adhérente aux différents organes de l'excavation pelvienne.

Fistules recto-vulvaires. — *M. Trélat.* On se rappelle l'intéressante communication de M. Verneuil sur les fistules recto-vulvaires. L'habile chirurgien avait insisté sur les difficultés qu'on éprouve à guérir ce genre de fistules, et il avait prié ses collègues d'apporter les résultats de leur pratique.

M. Trélat a eu l'occasion de faire quatre opérations dans des cas à peu près semblables. Il s'agit, bien entendu, de lésions survenues après l'accouchement et non pas de malformations congénitales de la vulve et de l'anus; les conditions sont ici toutes différentes.

La première opération fut suivie d'un échec rapide. Dans deux autres cas, M. Trélat fit un avivement de 1 à 2 centimètres sur les bords de la fistule; il n'y eut qu'un demi-résultat. De large, étalée, la fistule devint droite, irrégulière, à tel point que, pendant longtemps, on put espérer avoir obtenu la guérison.

En 1879, M. Trélat a eu l'occasion de pratiquer l'opération d'une fistule recto-vulvo-vaginale avec déchirure incomplète du périnée.

La fistule avait environ 7 millimètres de diamètre et siégeait au

eu au-dessus de l'anus, dans le point précis où la paroi vaginale ommence à s'accoler au rectum, au-dessus de ce que Gaillard Thoıas a appelé le corps périnéal. C'est, du reste, le siège ordinaire des .stules recto-vulvaires.

Voici quel fut le procédé opératoire employé :

Deux incisions rectilignes, distantes environ de 2 centimètres des ›ords de l'orifice vulvaire de la fistule, se réunissaient en angles du ôté du vagin et divergeaient vers l'orifice anal. L'aire du triangle, insi obtenu, fut avivé et l'avivement poursuivi très près de la muueuse de l'anus. Les deux parties latérales vinrent se réunir sur la gne médiane. C'était une véritable opération de périnéorrhaphie. ıe résultat fut excellent ; la guérison était complète.

Les deux inconvénients principaux que rencontrera le chirurgien ont : la minceur extrême de la paroi recto-vulvaire, le contact des ıatières fécales et des gaz qui viennent s'introduire entre les lèvres e la fistule. Pour éviter le premier inconvénient, on devra pratiuer de larges avivements. Quant au contact des matières, quant à ı présence des gaz qui peuvent, aussi bien que les matières, emêcher la guérison, on pourra l'empêcher au moyen de la suture su›erficielle et profonde employée comme dans les opérations de périıéorrhaphie.

M. Després. Un procédé tout différent a été essayé par M. Després *t* paraît lui avoir donné deux fois de bons résultats. Il s'agissait de fisıles recto-vulvaires produites par des chancres indurés. Il n'y avait ıs ici de rupture du périnée. On fit une sorte de dédoublement de la stule. Un trocart courbe, introduit dans le rectum, vint ressortir au périée (en arrière de la vulve) ; on avait ainsi produit une fistule à l'anus ıi fut traitée par les moyens ordinaires. Chez une de ces malades, . Després ne fut pas peu étonné de voir, au bout de deux mois, l'orie antérieur de la fistule qui n'avait pas été traité, diminué de moié ; un seul point de suture suffit à guérir cette fistule. Dans l'autre s, le dédoublement suffit à guérir complètement la fistule.

Cette intéressante question de la fistule recto-vulvaire est loin être épuisée et sera, sans aucun doute, reprise dans quelque temps.

Fibrome utérin avec inversion. — *M. Farabeuf* communique à Société une observation intéressante, qui lui a été envoyée par un nfrère de province, et présente la pièce anatomique qu'il a moulée ec soin. Il s'agit d'une femme âgée, ayant eu, au moment de la énopause, des métrorrhagies abondantes, et qui, à l'occasion d'un fort, vit sortir par la vulve une tumeur volumineuse qu'un médecin ısaya en vain de réduire. M. Farabeuf présente à la Société un héma donnant une bonne idée de la forme et du volume de la tueur. Sa largeur totale est de 20 centimètres, elle présente deux ›rtions bien distinctes séparées par un étranglement annulaire. La

portion inférieure plus volumineuse est un peu bosselée, irrégulière; la portion supérieure est lisse et cylindrique.

Il s'agissait d'une invagination complète de l'utérus, incomplète du vagin, le tout contrarié par un corps fibreux qui formait seulement la partie terminale, renflée, de la partie faisant saillie à la vulve. On fit l'ablation du corps fibreux, mais la malade succomba le soir même. En examinant la pièce présentée par M. Farabeuf, on peut voir un infundibulum qui commence dans l'excavation pelvienne, et qui s'enfonce dans la tumeur saillante à la vulve; les parois de l'infundibulum sont formées par l'utérus et une partie du vagin retournés en doigt de gant; l'orifice supérieur présente une sorte de margelle formée par la duplicature du vagin; les deux ovaires sont placés sur les bords de cet orifice.

M. Le Fort a vu un fait analogue.

M. Tillaux a présenté à l'Académie de médecine l'observation d'une malade qu'il avait opérée dans des conditions à peu près semblables. La limite entre le fibrome et le tissu utérin était difficile à reconnaître. On n'endormit pas la malade et la recherche de la sensibilité sur différents points de la tumeur permit d'éviter le tissu de l'utérus. La section fut faite au bistouri, on réduisit l'utérus et la guérison fut très rapide.

Lecture. — *M. Humbert* lit, à l'appui de sa candidature, un travail sur deux cas d'ulcérations et de perforations d'artère au *contact* du pus, dans le cours d'ostéomyélite aiguë.

La séance est levée à 5 heures. De Lapersonne.

VARIÉTÉS

Alcaloïde du maïs altéré.

Par M. le Dr Genevoix.

Dans l'alimentation, l'emploi du maïs présente de grands avantages; sa composition le place au premier rang parmi les céréales. Outre une proportion de matière azotée presque égale à celle des grains qui en renferment le plus, il contient encore une huile comestible qui ajoute à ses propriétés nutritives. C'est principalement dans le sud de la France et en Italie que l'usage de cette graminée est répandu.

Malheureusement, le maïs est sujet à une altération qui détermine à la longue, chez ceux qui en font usage, une maladie désastreuse, la pellagre. Il entre annuellement dans les hôpitaux de certaines villes d'Italie, Padoue, Brescia, Rovigo....., cinq ou six mille pellagreux, et les relevés de ces dernières années portent dans ces pro-

vinces la proportion des malades à 20 et 30 pour 1,000 habitants. Un savant médecin italien, le Dr Lambroso, a entrepris tout récemment sur le maïs altéré une série d'expériences très démonstratives ; il détermine chez des rats, des lapins, quelques-uns des phénomènes de la pellagre en les nourrissant avec du maïs altéré. Il renouvela ses expériences sur quelques personnes de bonne volonté, non plus avec le maïs altéré, mais avec une teinture alcoolique préparée avec ce même maïs et administrée à la dose de 6 grammes. Dans ces conditions il vit rapidement apparaître les symptômes habituels de la maladie : boulimie, puis dégoût des aliments, coliques intestinales avec diarrhées, diminution rapide des forces et du poids du corps ; phénomènes nerveux, vertiges, maux de tête, troubles de la vision ; enfin lésions cutanées, prurit, desquamation et sécheresse de la peau.

Le Dr Lambroso, en présence de ces faits, fut conduit à rechercher s'il n'existait pas dans la teinture alcoolique de maïs altéré une substance active à laquelle on pourrait attribuer l'apparition de la pellagre. Après de longues recherches, il découvrit une matière à laquelle il donna le nom de pellagrozéine (de zea, maïs).

Le principe étant trouvé, il étudia son action au double point de vue clinique et physiologique, et reconnut que la pellagrozéine se comportait comme un véritable alcaloïde, et par son action physiologique se rapprochait des sels de strychnine.

L'injection de 50 centigrammes de pellagrozéine provoque chez une grenouille, au bout d'une demi-heure, un état convulsif suivi d'une mort rapide, au milieu de phénomènes tétaniques. Pour obtenir le même résultat chez les rats, les lapins, les chats, il faut employer des doses assez élevées de pellagrozéine, environ 2 ou 3 grammes par kilogramme du poids de l'animal ; les désordres sont d'ailleurs les mêmes, et d'autant plus marqués que la température du milieu où il se trouve est plus élevée.

Ces expériences expliquent certains symptômes de la pellagre, tels que : *trismus, rétraction des muscles, exagération de la sensibilité et convulsions*, et la pellagrozéine semble bien être le principe actif dont l'absorption lente et continue amène les accidents de pellagre.

Le Dr Lambroso ne s'en est pas tenu là ; il a tenté de combattre la maladie, et l'emploi de l'arsenic, à dose d'un tiers, un demi-milligramme par jour, lui a donné de bons résultats, tant dans les hôpitaux qu'en dehors des hôpitaux, et dans les régions les plus maltraitées et les plus pauvres, c'est-à-dire dans celles où les moyens recommandés comme les plus efficaces, une bonne nourriture et une hygiène convenable, faisaient presque complètement défaut.

Mais, ne perdant pas de vue que les moyens prophylactiques sont

encore les plus importants à déterminer, M. le Dr Lambroso propose de supprimer la culture des espèces dites *quarantains*, *soixantains*, et de propager celle des variétés *aureo* et *pumilio*. Il recommande de plus de bien dessécher et surtout de bien torréfier avant sa consommation, et de préférence au moment de la récolte, le grain de maïs qui peut alors être conservé plusieurs années sans altération, et doit rendre, — qu'on l'emploie seul ou mélangé avec la farine de blé, — de réels services aux populations pauvres de l'Italie et de la région sud-ouest de la France.

BIBLIOGRAPHIE

ENTRETIENS D'UN VIEUX MÉDECIN SUR L'HYGIÈNE ET LA MORALE, par le Dr *P. Yvaren*, vice-président du Conseil départemental d'hygiène de Vaucluse, etc., etc. Paris, J.-B. Baillière, 1882, 1 vol. grand in-18.

M. Yvaren porte un nom bien connu dans le monde scientifique, et l'ouvrage qu'il a publié en 1854, sur les *Métamorphoses de la syphilis*, a révélé en lui un profond observateur. Mais M. Yvaren ne s'est pas contenté d'être praticien ; il a été littérateur et poète à ses heures, philosophe probablement toujours.

En 1847, il a traduit en vers le poème latin de Fracastor, dont M. le professeur A. Fournier nous a donné une si bonne traduction en prose. Qui le croirait ? L'auteur de l'article biogaphique sur Fracastor, dans le Dictionnaire encylopédique, a comis de citer cette dernière traduction, qui demeurera notre édition classique.

Parmi les autres productions littéraires de M. Yvaren, il faut encore citer la traduction, en vers français, des Odes d'Anacréon (1854), tirée à un très petit nombre d'exemplaires qui n'ont pas été mis dans le commerce.

La thèse que M. Yvaren soutint à Paris, en 1831, sur l'inflammation articulaire des premières vertèbres cervicales, ne faisait pas prévoir qu'il y avait un littérateur sous l'enveloppe du médecin.

Après cinquante ans de pratique, que de choses le médecin a dû voir ! Que de plaies du corps il a dû sonder ! Que de souffrances de l'âme il a dû calmer ! Soit qu'il vive au milieu des paysans ou parmi les citadins, il a un rôle immense à jouer, et quand les forces trahissent sa volonté, il peut continuer son œuvre en écrivant ce qu'il a vu, ce qu'il a éprouvé, ce qu'il a souffert.

C'est ce que vient de faire M. Yvaren, en publiant les Entretiens d'un vieux médecin.

Ce livre est, pour ainsi dire, un petit manuel d'hygiène, de philosophie et d'économie domestique. En treize chapitres, l'auteur parle de tout et sur tout.

Dans les chapitres IV, V, à propos des *Thermes de Caracalla* et les bains à deux sous, il nous rappelle les pratiques balnéaires à Rome, en Grèce, avant de nous donner les règles hygiéniques du bain.

Nous assistons à des leçons intéressantes d'hygiène morale dans *La nouvelle boîte de Pandore,* et l'auteur nous signale l'influence désastreuse de l'ambition, de l'orgueil, de l'envie dans l'ordre politique et social avant et depuis 1789, jusqu'à nos jours. Nous vivons au milieu d'une épidémie de névrose cérébrale.

Dans *Madame est servie,* M. Yvaren traite de l'hygiène de la table, des aliments, des boissons, des condiments, du régime.

Le chapitre *Non in solo pane* est une excursion dans l'éducation de l'enfant, depuis la salle d'asile jusqu'à la sortie de d'Université. Que de choses à dire sur notre système d'instruction officiel ou libre, qui nous bourre de choses dont nous n'avons que faire, et qui nous laisse ignorer tant de choses utiles ! Mais la routine est là, contre laquelle on lutte plus sur le papier qu'en action.

Le chapitre *Philémon et Baucis* a beaucoup d'actualité à une époque où la vertu prolifique semble se perdre de plus en plus, où le divorce est à l'ordre du jour, où le concubinat est de mode, où l'on ne connaît plus les nombreuses et belles familles patriarcales, où l'on oublie les paroles bibliques : « Croissez et multipliez. »

Les deux chapitres qui suivent : *Les dents agacées, — La voix de Rachel,* complètent ces questions démographiques en traitant de l'hérédité, du mariage, de la mortalité des nouveau-nés.

Si le XIXe siècle est le siècle des maladies de l'utérus, on peut dire, pour l'homme, qu'il est celui des maladies du cerveau. Le travail intellectuel nous brise ; les besoins réels ou factices nous accablent ; l'agitation d'un côté, la vie sédentaire de l'autre, avec toutes ses conséquences morbides, nous exposent à tous les désordres des centres nerveux.

Le principal et meilleur remède contre ces maladies qui nous guettent, réside dans le travail manuel, dans les exercices musculaires, ce qui permet à M. Yvaren de faire incidemment un petit cours d'hygiène des professions, et de nous rappeler que les hommes de science et d'étude, les hommes de main-d'œuvre et d'action, sont égaux devant la loi du travail.

M. Yvaren n'a eu d'autre but, en rassemblant ses travaux épars dans des publications éphémères, que de nous donner, sous une forme agréable et non didactique, un petit Traité d'hygiène physique et morale, et de nous procurer *mentem sanam in corpore sano.* On ne peut mieux couronner une longue et honorable carrière médicale.

A. Corlieu.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 3 au 8 avril 1882.) — *Lundi*, 3. — Doctorat, 1er (dissection) : MM. Charcot, Tillaux et Terrillon. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e (2e partie, physiologie) : MM. Béclard, Fournier et Ch. Richet. — 3e : MM. Baillon, Regnauld et Henninger. — 3e (nouveau mode, 1re partie), pathologie externe et accouchements : MM. Depaul, Guyon et Pozzi. — 5e (1re partie, nouveau mode, Charité) : MM. Trélat, Duplay et Budin.

Mardi, 4. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Richet, Sappey et Bouilly. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 5e (Charité) : MM. Pajot, Jaccoud et Peyrot.

Mercredi, 5. — Doctorat, 1er ; MM. Vulpian, Hayem et Monod. — 3e : MM. Regnauld, Baillon et Gay. — 4e : MM. Parrot, Charcot et Straus. — 5e (Charité) : MM. Fournier, Trélat et A. Ollivier.

Jeudi, 6. — Doctorat, 2e : MM. Lasègue, Brouardel et Humbert. — 2e : MM. G. Sée, Peter et Richelot. — 2e : MM. Jaccoud, Bouchard et Peyrot.

Samedi, 8. — Doctorat, 1er : MM. Sappey, Ball et Bouilly. — 1er : MM. Robin, Brouardel et Humbert. — 5e (Charité) : MM. Hardy, Pajot et Peyrot.

Samedi, 8. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

Institution nationale des sourds-muets. — Par arrêté du ministère de l'intérieur, en date du 29 mars, la consultation gratuite, établie depuis longtemps par le Dr Ladreit de Lacharrière à l'Institution nationale des sourds-muets, est officiellement annexée à cet établissement sous le titre de clinique otologique : un chef de clinique est attaché à ce service.

Il recevra un traitement de 600 fr. Il sera nommé par arrêté ministériel sur la proposition du directeur et la présentation des médecins.

Les candidats à la place de chef de clinique devront être pourvus de douze inscriptions au moins.

Banquet de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 15 avril, à 7 heures, chez Le Mardeley, 100, rue de Richelieu.

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes, et à 16 francs pour les internes en exercice.

On peut verser le montant de la cotisation entre les mains de l'interne en médecine économe de la salle de garde de chaque hôpital, ou le remettre à l'un des commissaires du banquet : M. le Dr Bottentuit, 56, rue de Londres, et M. le Dr Piogey, 24, rue Saint-Georges.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

-Neuvième année — Tome I N° 40 Mardi 4 Avril 1882

LA

[F]RANCE MÉDICALE

[BU]REAUX
[On s']abonne chez
[A. DELAHAY]E et E. LECROSNIER
Place
[de l'Éco]le-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale .. 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
[Professeur] de clinique chirurgicale,
[Membre] de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale,
Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
[Professeu]r agrégé à la Faculté,
[Chirur]gien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

[Tout] ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
[Les ouvra]ges remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
[Les annon]ces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

[I. Travaux] **originaux** : Névralgie sous-orbitaire. Arrachement du nerf. Guérison, par M. P. [...] (Hôpital Beaujon, service de M. le professeur Le Fort, suppléé par M. le Dr Blum). [— Not]e additionnelle sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, par M. le Dr Krishaber. [— Co]**mptes rendus analytiques des Sociétés savantes** : *Société clinique de* [Paris,] séance du 9 février 1882. — **Thèses pour le Doctorat.** — **Nécrologie.** — [Nouv]**elles.**

29e Année. — Tome I. — N° 40. Mardi 4 Avril 1882

LA FRANCE MÉDICALE

HOPITAL BEAUJON. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR LE FORT.
SUPPLÉÉ PAR M. LE Dr BLUM.

Névralgie sous-orbitaire. — Arrachement du nerf. — Guérison.

Par M. P. Ozenne,
Interne des hôpitaux.

Krimater (Anna), âgée de 68 ans, entre à Beaujon le 2 octobre 1881, dans le service de M. le professeur Le Fort, alors suppléé par M. Blum.

La malade ne fournit aucun renseignement intéressant sur ses antécédents héréditaires, et elle n'accuse d'autre maladie qu'un mal de gorge, qu'elle éprouva il y a une vingtaine d'années, et qui, après vingt-deux mois de durée et différents traitements, disparut sans récidive.

Vers cette époque, qui fut marquée par l'établissement difficile de la ménopause, elle constatait, sans pouvoir invoquer aucune cause manifeste, l'apparition subite d'une névralgie occupant le côté gauche de la face. Jusqu'à ce jour cette névralgie a persisté, ne se montrant tout d'abord avec intensité qu'au printemps et à l'automne, mais prenant dans ces dernières années droit de domicile sans interruption : les symptômes douloureux et les autres troubles fonctionnels qui les accompagnent ont peu varié, et la malade en donne le tableau suivant :

Une douleur sourde, profonde, confuse, qui d'abord a été intermittente, occupe maintenant d'une façon continue toute la moitié supérieure gauche de la face ; elle est peu prononcée, tout en devenant plus manifeste, sous l'influence des mouvements des joues, mais elle s'accompagne de crises, d'accès, qui se répètent à peu près tous les jours, ordinairement une seule fois ; à plusieurs reprises ces accès se sont renouvelés dans la même journée, et leur fréquence a pu être telle qu'ils se succédaient, pour ainsi dire, sans interruption.

Actuellement, c'est le plus souvent dans la matinée qu'ils font irruption, et cela tantôt sans aucune provocation extérieure, tantôt au contraire sous l'action d'un mouvement quelconque de la face, tels que ceux déterminés par l'acte d'éternuer, de se moucher, de mastiquer, etc. Aussi est-ce à l'absence de ces différentes causes occasionnelles durant la nuit que la malade doit de pouvoir prendre quelque repos.

Lorsque ces accès éclatent, soit spontanés, soit provoqués, il est

rare qu'ils aient été précédés de phénomènes prodromiques ; ils se caractérisent d'habitude par une douleur atroce ressentie au niveau de la région malaire, et que l'imagination de la malade compare à la sensation qu'elle éprouverait, si en ce point on réduisait violemment un carreau en poussière.

De la région malaire, la douleur s'irradie, aussi rapide que l'éclair, soit du côté du nez, de l'œil, de la tempe, du front et du menton, soit tout à la fois dans ces différentes directions, quittant l'une pour envahir l'autre, puis abandonnant cette dernière pour se porter ailleurs ou revenir au point de départ ; en un mot mobilité, rapidité et violence, tels sont les caractères de la douleur, qui reste le plus souvent localisée au côté gauche, mais qui pourtant semble avoir un peu retenti à distance en hyperesthésiant le côté droit.

Cette douleur paroxystique, accrue par l'excitation tactile la plus légère, par le plus petit mouvement, donne lieu à des secousses musculaires, à de véritables contractions qui produisent les grimaces les plus variées. Elle agit aussi sur les organes voisins de sécrétion, en déterminant un afflux plus ou moins abondant de larmes, de salive, et en donnant lieu à un écoulement liquide par la narine correspondante. Au moment de l'accès, l'œil gauche perd de son acuité visuelle, et la malade assure que, même dans les moments d'intermittence, la vue est moins nette que du côté opposé. L'odorat est resté intact; quelques bourdonnements d'oreille, et une sensation de plénitude de chaleur dans la face, doivent encore être mentionnés. En dehors des crises, qui durent de quelques minutes à un quart d'heure, la douleur fixe seule persiste.

L'examen de la face révèle une légère asymétrie : les téguments, plus rosés au niveau de la pommette, semblent un peu boursouflés, presque hypertrophiés, ce que l'on doit probablement rapporter à une action plus énergique de la contraction musculaire, fréquemment mise en jeu ; les plis et sillons sont également plus accusés.

L'excitation tactile légère (pointe d'une épingle), ne dénote pas d'anomalie dans la sensibilité, et l'on n'observe pas, ce que l'on constate assez souvent chez beaucoup de malades, le retour des accès sous l'influence du chatouillement ou d'une minime pression. Par contre, une pression un peu plus forte accuse les points douloureux bien circonscrits de la névralgie sous-orbitaire, c'est-à-dire le point malaire (c'est le plus sensible, et celui qui paraît être le foyer et le point de départ de la sensation douloureuse), puis les points sous-orbitaire, nasal, labial et palatin ; en outre, bien que la perception soit moins douloureuse au niveau du point mentonnier, au niveau de la tempe et du front du même côté, la malade ressent encore une certaine douleur, la tête éprouvant, au moment de la pression, un léger mouvement de recul.

Si l'on explore le côté droit de la face, il semble qu'il y ait un peu d'hyperesthésie, mais aucun point n'existe en réalité, et la fuite de la tête sous la pression du doigt n'est que l'effet d'une crainte mal fondée. Lorsque l'on appuie sur les foyers, à gauche, on provoque non seulement une douleur dans chacun de ces points, mais on détermine encore des irradiations variables ; de plus, la pression prolongée entretient sans interruption la sensation douloureuse.

Rappelons encore que, dès le début de l'affection, la malade a successivement fait enlever ses dents, qu'elle regardait comme la cause de sa névralgie, et qu'un peu au-dessous de la canine, il existe une petite saillie dure, recouverte de la muqueuse congestionnée, et qui paraît être le siège d'une douleur très vive.

Le 15 octobre. *Opération.*

Après avoir, sans résultat, prescrit pendant quelques jours l'iodure de potassium, M. Blum pratique l'arrachement de la façon suivante :

A un travers de doigt au-dessous du rebord orbitaire inférieur, M. Blum fait un incision de 3 centimètres, parallèle à ce rebord, et commençant à quelques millimètres du sillon naso-génien. Le nerf est mis à nu à son émergence ; une sonde cannelée, passée en arrière, permet de le mobiliser, et sous une faible traction l'arrachement a lieu ; le tronc arraché s'est dévié en deux faisceaux inégaux de volume et de longueur, l'un assez gros, qui mesure 19 millimètres, et l'autre beaucoup plus petit, constitué par quelques filets qui ont une longueur de 26 millimètres. A l'œil nu, ces faisceaux n'offrent aucune altération ; il en est de même à l'examen histologique, que nous devons à l'obligeance de notre excellent ami et collègue L. Galliard.

Réunion des lèvres de la plaie au moyen de 4 épingles et de la suture entortillée. Pansement alcool C.

Soir. La malade n'a ressenti aucune douleur dans la journée ; elle ne se plaint que du gonflement qui a envahi la joue et le menton, et qui est dû à un épanchement sanguin. Quelques heures après l'opération, il s'est produit une petite hémorrhagie, qu'on a arrêtée par l'amadou et la compression.

L'exploration de la sensibilité montre une zone d'anesthésie de la largeur d'une pièce de 1 fr. au-dessus de la lèvre supérieure et en dehors de l'aile du nez. T. A. 37.2. P. 75.

Le 16 décembre. Nuit calme, sans sommeil. Pas de réaction fébrile. Le pansement n'est pas renouvelé. T. A. 37.4. P. 70.

Le 17. Pas de nouvelle hémorrhagie. Pas de douleurs ni spontanées, ni provoquées. Un peu de repos durant la nuit. Pas de fièvre. A la levée du pansement, on constate une légère tuméfaction au niveau de la plaie et au-dessus, deux épingles sont retirées et leur extraction donne quelques gouttes de sang.

Le 18. Pas de douleurs. Légère agitation et insomnie. Fonctions

digestives languissantes. La malade a éprouvé, durant la journée d'hier, une sensation de plénitude et de tension dans la joue. Tout autour de la plaie, la pression est un peu douloureuse. T. A. 38°, P. 80.

Le 19. Même état de tension. Les deux dernières épingles sont enlevées, et par la pression on fait sourdre du pus à l'angle interne de la plaie, dont le reste est réuni par première intention.

Pansement alcool C. avec éponge et compression. T. A. 37.8. P. 80.

Le 20. Diminution notable du gonflement et disparition de la sensation douloureuse, causée par la rétention du pus. Un peu de rougeur des lèvres de la plaie. En pressant au-dessus, on fait sortir du pus et de petits lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

Le pansement est renouvelé deux fois par jour.

Le 23. Suppuration diminue. Aucun accident.

Le 7 novembre. Depuis quelques jours, la suppuration s'est tarie, la poche sous-cutanée a disparu, et actuellement il ne s'écoule plus que quelques gouttes insignifiantes de sérosité. Jusqu'à ce jour, les *douleurs n'ont pas reparu*. La zone anesthésique a persisté.

Dans ce fait, comme dans beaucoup de cas analogues, la cause est demeurée inconnue. Pourtant nous rappellerons que la malade, restée complètement célibataire, avait eu, durant toute sa vie, une mentruation irrégulière et douloureuse, que ses fonctions génitales ne s'étaient qu'imparfaitement développées, et qu'il y avait eu coïncidence entre l'origine de la névralgie et l'apparition de la ménopause. Est-il permis d'établir quelque rapprochement entre ces deux faits ?

Mais ce qui n'est pas hypothétique, c'est la guérison. *L'arrachement* que notre excellent maître, M. Blum, a préféré à l'élongation et à la résection qui, plusieurs fois, ont déterminé divers accidents, a mis immédiatement fin aux douleurs ; un mois après l'opération, elles ne s'étaient pas reproduites, et aucune complication fâcheuse n'était survenue.

Le 22 février 1882. Nous venons de recevoir une lettre de la malade, qui nous informe que la guérison s'est maintenue ; actuellement elle n'éprouve que quelques douleurs dans le côté droit de la face.

Note additionnelle sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

Par M. le Dr Krishaber.

Lorsqu'en 1878 je fis, devant la Société de chirurgie, ma première communication sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, le rapporteur de la commission, M. Nicaise, tout en se déclarant partisan.

omme moi, de l'opération, formula des réserves auxquelles sont enues se joindre certaines objections lors de la discussion généile.

Dans les quatre années qui se sont écoulées depuis, j'ai eu souvent occasion de pratiquer cette opération et je me crois autorisé à reenir sur le même sujet devant vous.

M. Nicaise était porté à admettre que le séjour prolongé de la ınule dans l'espace crico-thyroïdien altérerait la voix par suite de proximité des cordes vocales ; d'autres membres de la Société ont tprimé la crainte que les cartilages mêmes du larynx ne fussent tposés à la nécrose.

J'ai pratiqué la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne un grand ombre de fois ; la canule est restée en place pendant un laps de mps variant de un à vingt-deux mois, et je puis affirmer que les iites de l'opération ont été les mêmes que dans la trachéotomie assique, alors que la canule est placée au-dessous du larynx.

La plupart de mes observations étant déjà publiées, il me paraît ıutile de les reproduire ici ; je me bornerai à vous en soumettre ne dont je n'ai pas encore fait connaître le résultat final et que je rois à elle seule suffisamment convaincante.

Le 1er juin 1880, sur la demande de MM. Charcot et Delpech, j'ai ait la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne sur un malade atteint, u cours d'une ataxie locomotrice, de laryngisme *sans aphonie*.

La peau fut divisée sur une étendue de 2 cent. 1/2, entre les sailes formées par la pomme d'Adam en haut et l'anneau du cricoïde ı bas. La division de la peau fut opérée par ponctuations successives, c'est-à-dire en ne laissant point en place l'instrument incanescent, comme dans les incisions linéaires, mais en touchant les ssus coup sur coup durant une à deux secondes, l'incision résultant nsi d'une *succession de ponctuations*. J'ai adopté ce procédé pour ıvrir les voies aériennes, parce qu'il met à l'abri des eschares et s hémorrhagies secondaires résultant de la chute des tissus modiés, accidents qui ne se produisent pas lorsque le thermo-cautère ste en place pendant un temps très court : c'est ainsi que j'évite s inconvénients du rayonnement de l'instrument incandescent qui, ı reste, n'est porté qu'au rouge sombre.

Les tissus mous une fois divisés, sans qu'il y ait eu perte de sang, membrane crico-thyroïdienne fut simplement ponctionnée au moyen ı bistouri, le tranchant tourné en haut, vers le thyroïde. J'ai évité nsi d'entamer le cartilage cricoïde qui, lorsqu'il subit une entaille, faible qu'elle soit tend à éclater au moment de l'introduction de la nule. Celle-ci mise en place (ma canule n° 5), la respiration s'effeca avec la plus grande aisance et le malade se rétablit rapidement. a cicatrisation autour de la canule se fit d'autant plus vite que mon

incision était plus courte ; les accès de spasme continuèrent à se produire, mais dès lors sans danger, la respiration étant assurée par la canule qui ne put désormais être retirée. Il a été possible cependant d'ajouter au pavillon de la canule le jeu, bien connu, de clapet, qui, en laissant passer par l'instrument l'air inspiré, permet à l'expiration de suivre les voies naturelles.

Grâce à ce système, le malade, dès les premiers temps de l'opération, parla comme à l'état normal.

Or, 22 mois se sont écoulés depuis l'opération et *jamais à aucun moment la voix du malade ne s'est altérée*. Elle est aujourd'hui, comme avant l'opération, vibrante et bien timbrée, à tel point que le malade peut dissimuler son infirmité et soutenir une conversation aussi bien que s'il se trouvait dans des conditions normales.

Quant à une nécrose des cartilages, il n'y en a pas eu trace. L'ouverture dans l'espace crico-thyroïdien est extrêmement petite et comme faite à l'emporte-pièce ; elle laisse tout juste passer la canule que le malade tolère si bien que le plus souvent il en oublie l'existence.

Ce premier fait établi, qu'il me soit permis de relever une autre observation qui s'est produite à la Société de chirurgie :

L'honorable rapporteur était tombé d'accord avec moi sur la possibilité de pénétrer dans l'espace crico-thyroïdien, sans entamer les cartilages du larynx, mais il estimait qu'il était néanmoins utile de joindre à l'incision verticale de la membrane crico-thyroïdienne deux petites incisions latérales, afin d'agrandir l'ouverture. L'opinion de M. Nicaise reposait sur des expériences faites sur des cadavres, expériences dans lesquelles la membrane en question se déchirait latéralement au moment de l'introduction de la canule, en même temps qu'il se produisait un petit décollement de la muqueuse laryngée. Je pense, en ce qui me concerne, que les incisions latérales sont inutiles, qu'elles compliquent l'opération dont l'avantage principal est son extrême simplicité et qu'il suffit de faire une seule ponction verticale pour pénétrer dans l'espace avec ma canule à bec préalablement graissée. Je ne peux attacher la moindre importance à la petite déchirure qui pourrait se produire lorsque la canule est trop grosse.

En joignant ces réflexions à celles que j'ai eu déjà l'honneur de soumettre à la Société de chirurgie, je crois pouvoir émettre les conclusions suivantes :

1° La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne a sur la trachéotomie l'avantage d'une extrême facilité d'exécution, en raison de ses deux points de repère fixes, les saillies de la pomme d'Adam et du cricoïde, et en raison de la situation superficielle de la membrane crico-thyroïdienne.

2° La ponction verticale de cette membrane suffit (la peau étant d-

sée par une très courte étendue) pour pénétrer dans l'espace avec
ıe canule *ad hoc* (à bec).
3° L'opération peut s'effectuer par le bistouri ou par le thermo-
utère (Verneuil); le thermo-cautère met toutefois mieux à l'abri
l'hémorrhagie et de la pénétration du sang dans les voies aé-
ınnes.
4° Le thermo-cautère doit être porté au rouge sombre.
5° La division des tissus, lorsqu'on se sert du procédé igné, doit
·e obtenue par *ponctuations successives* et non par traînées li-
aires de l'instrument incandescent, afin d'en éviter le rayonne-
·nt, les eschares qui peuvent en résulter et les hémorrhagies se-
ndaires qui pourraient se produire lors de la chute des eschares.
6° La canule à bec (préalablement graissée) dispense d'un dilata-
ır dont l'emploi serait presque impossible dans l'espace crico-thy-
'dien. Le seul temps critique de toute ouverture des voies aériennes
trouve ainsi supprimé.
7° La présence indéfinie d'une canule dans l'espace crico-thyroï-
·n n'altère pas la voix et ne produit aucune lésion des cartilages
larynx.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 9 *février* 1882. — *Présidence de* M. DELENS.

La séance est ouverte à huit heures et demie.
Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.
M. *Ollive* communique un travail intitulé : *De l'action résolutive l'alcool employé comme topique dans les inflammations.* (Voir *ncemédicale*, n° 28, p. 317.)
M. *Ozenne.* On peut rapprocher les résultats obtenus par M. Ollive
effets résolutifs bien connus de l'alcool camphré. Ce topique est
ployé chaque jour, notamment dans le traitement des fractures
npliquées, par un grand nombre de chirurgiens, en particulier
MM. Le Fort et Delens.
M. *Chauffard* voudrait savoir si on a quelque notion sur le mode
:tion de l'alcool ainsi employé comme topique. S'agit-il d'une
ulsion locale ou de toute autre action?
M. *Ollive.* D'après ce que j'ai pu voir, l'alcool paraît agir comme
ique et astringent local des tisus; il resserre les vaisseaux et
ıbat l'inflammation en décongestionnant les parties.
M. *Comby* se demande si l'action thérapeutique invoquée est bien
lle ; lorsqu'il s'agit d'une plaie exposée, les effets topiques de
cool ne sont pas contestables; la chose estplus douteuse en cas de
egmasie interne. Le cas de pelvi-péritonite signalé par M. Ollive

paraît très net, mais il ne faut pas oublier que l'on voit parfois des pelvi-péritonites aiguës, même avec exsudats considérables, se résoudre spontanément. M. Comby a observé récemment dans le service de M. Siredey un cas de ce genre, où une tuméfaction inflammatoire volumineuse a disparu d'elle-même en fort peu de temps, sans le secours d'aucun traitement local. Avant d'être en droit d'invoquer l'influence de l'alcool, il faudrait avoir réuni un certain nombre d'observations.

M. Ollive fait observer qu'indépendamment des cas relevés dans son mémoire, il en a recueilli plusieurs autres, en particulier deux faits de péritonite traumatique, dans lesquels l'amélioration obtenue sous l'influence des applications d'alcool a été aussi prompte que manifeste.

M. Delens. J'emploie depuis longtemps, et avec un succès très satisfaisant, les pansements à l'alcool dans le traitement des plaies. Je n'ai jamais eu l'occasion de m'en servir dans les phlegmasies, mais je n'ai aucune raison de mettre en doute les résultats qui viennent d'être rapportés. M. Ollive a fort bien fait d'insister dans son travail sur les détails d'application de son procédé ; en effet, le mode d'action et les résultats du pansement alcoolique changent beaucoup suivant la manière de l'employer. L'alcool à 90° appliqué pur a une action vésicante assez énergique chez certains sujets ; cette action est rendue plus énergique quand on fait usage de feuilles d'amadou imbibées d'alcool, comme le faisait parfois M. Nélaton ; mais si on a soin, comme le fait M. Ollive, de couvrir le pansement à l'aide d'un toile gommée imperméable, la sudation ainsi provoquée, se mêlant à l'alcool en abaisse le titre, et l'action vésicante ne se produit pas. Avec l'eau-de-vie camphrée à 60°, dont j'ai coutume de me servir, je n'ai jamais observé de vésication.

M. Rueff communique une observation intitulée : *Un cas d'hystérie chez l'homme.* (Voir *France médicale*, n° 21, p. 243.)

M. Chevallereau. J'ai observé l'an dernier un cas assez analogue. Il s'agissait d'un jeune homme de 25 ans, fils d'une hystérique. Au moment de la mort de sa mère, dont il fut très affecté, il commença à présenter des accès bien caractérisés d'hystérie vulgaire avec sensation de boule pharyngienne, cris, mouvements désordonnés, perte de connaissance. A la suite d'un de ces accès, il tomba dans un état léthargique dont il fut impossible de le tirer ; cet état dura huit jours entiers, pendant lesquels le malade ne prit ni aliments, ni boissons ; il y avait suppression à peu près complète des urines, suppression des selles, résolution musculaire complète et anesthésie absolue ; la compression des testicules fut tentée et resta sans effet. On administra le bromure de potassium en lavements à la dose de 12 grammes par jour. Enfin au bout de huit jours, le malade revint

i, mais il présenta ultérieurement divers autres phénomènes hys-
ques, notamment des troubles visuels manifestes. Il y avait la
:hromatopsie habituelle, une amblyopie très marquée et un rétré-
ement concentrique considérable du champ visuel; le fond de
l, examiné par moi à l'ophthalmoscope, ne présentait, comme
bitude, rien d'anormal. Peu à peu ces accidents ont disparu,
le malade a encore éprouvé de temps à autre quelques petits
s.

. *Carafi* communique successivement deux observations intitu-
, la première : *Luxation du coude en dehors.* (Voir *France mé-
le*, n° 23, p. 268), la seconde : *Hernie inguinale étranglée ; fis-
guérison.* (Voir *France médicale*, n° 22, p. 253.)

. *de Gastel* donne lecture du fait suivant : *Cas d'ivresse terminée
'a mort avec hypothermie à la suite d'une exposition prolongée
oid.* (Voir *France médicale*, n° 23, p. 269.)

Merklen. L'abaissement de la température a été attribuée par
e Gastel au séjour prolongé que le malade a fait sur un trottoir
ein air. Cette cause est assurément très réelle, mais je crois
faut aussi faire intervenir l'influence de l'intoxication par l'al-
. J'ai vu récemment dans le service de M. Vulpian un cas qui
le mettre cette influence hors de doute. Un individu fortement
lique nous fut amené en proie à un accès de délirium tremens
éda promptement à la médication opiacée. Mais peu de jours
nous vîmes se développer tous les symptômes d'une paralysie
guë à laquelle le malade succomba très rapidement : or pendant
la durée de cette maladie, dont le caractère fébrile est habi-
ment si prononcé, la température n'a pas dépassé 37°.

Rendu. Je suis loin de nier l'action hypothermisante de l'alcool,
elle ne suffirait pas à expliquer l'abaissement vraiment énorme
température qui a été constaté par M. de Gastel. L'action du
au contraire, produit très bien de ces réfrigérations excessives :
ainsi qu'il y a deux ans, pendant l'hiver rigoureux de 1879-80,
a apporté à l'hôpital Tenon une pauvre femme qui avait été
par le froid. Elle n'était pas en état d'ivresse, et elle conservait
naissance, mais elle semblait sidérée; tous les moyens imagi-
furent mis en œuvre pour la réchauffer; mais nous ne pûmes
sir, et elle finit par succomber en proie à une algidité progres-

Gaucher, en réponse à la remarque de M. Merklen, fait observer
hypothermie produite par l'alcool est essentiellement transi-
L'an dernier un individu avait fait le pari, aussitôt exécuté, de
en une seule fois, un litre de rhum ; il tomba comme foudroyé
apporté dans le service de M. Bouchard complètement privé de
ssance ; la température prise au moment de son entrée était

27, Berlioz; 28, Hupier; 29, Delaporte; 30, Goldschoen; 31, Gérard; 32, Tessier; 33, Bruey; 34, Damecour; 35, Dubourg; 36, Ducastel; 37, Gérardin; 38, Eyssartier; 39, Bocquillon; 40, Rucar.

109 candidats s'étaient inscrits pour ce concours et 97 y ont pris part.

Concours des prix. — 1re division. *Médaille d'or* : M. Thomas, interne de 4e année; *Médaille d'argent :* M. Anthoine, interne de 3e année; *Mention honorable :* M. Verne, interne de 3e année. — 2e division. *Médaille d'argent :* M. Béhal; *Accessit :* M. Meillière; *Mentions honorables* : MM. Cloué et Hébert, tous quatre internes de 1re année.

ECOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. — Un concours sera ouvert à Paris, le 15 octobre 1882, pour sept places d'agrégés de pharmacie à répartir de la manière suivante entre les Ecoles supérieures de pharmacie ci-après désignées :

Paris. — 2 places : Chimie, analyse chimique et toxicologie.

Montpellier. — 3 places : Chimie, physique, histoire naturelle.

Nancy. — 2 places : Chimie, histoire naturelle.

Les candidats s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Ecole supérieure. Ils peuvent s'inscrire solidairement pour plusieurs places et pour plusieurs établissements.

SÉNAT. — Le Sénat compte un de nos confrères de plus parmi ses membres, M. le Dr Frezouls, élu sénateur de l'Ariège.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — On a distribué aux députés un projet de loi du gouvernement sur l'assimilation au grade de capitaine de frégate des médecins et pharmaciens professeurs, et des médecins et pharmaciens principaux.

COURS LIBRES. — M. le Dr Cuffer, médecin des hôpitaux, fera son cours de pathologie interne, à l'Ecole pratique de la Faculté, pendant le semestre d'été, les mardis, jeudis et samedis, de 5 h. à 6 h., amphithéâtre n° 1.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 24 au 30 mars* 1882. — Fièvre typhoïde, 3. — Variole, 15. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 68. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 11. — Infections puerpérales, 2. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 60. — Phthisie pulmonaire, 244. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 88.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 68.

Bronchite aiguë, 64. — Pneumonie, 103. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 72; au sein et mixte, 16; inconnu, 13. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 115; l'appareil circulatoire, 68; l'appareil respiratoire, 110; l'appareil digestif, 37; l'appareil génito-urinaire, 32; la peau et du tissu lamineux, 6; des os, articulations et muscles, 4. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 2. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 5. — Nombres absolus de la semaine, 1.314.

Résultats de la semaine précédente : 1.287.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

ɪᴜᴠɪèᴍᴇ ᴀɴɴéᴇ — Tome I. N° 41 Jeudi 6 Avril 1882

LA

ʟANCE MÉDICALE

ᴇAUX
›nne chez
t E. LECROSNIER
lace
de-Médecine
RIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr

:e qui concerne la Rédaction à M. le Dʳ E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
:es remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
:es sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

Année. — Tome I. — N° 41. Jeudi 6 Avril 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 5 avril 1882.

près l'échange de quelques mots entre MM. Béchamp, Gautier et in (d'Alfort) sur les microzymas et leur influence sur la digestion, adémie a repris la discussion sur le chloroforme. M. Béclard a le la part de M. Le Fort, une note dans laquelle ce chirurgien se cite des éclaircissements apportés dans la question par les expéices de M. Vulpian. Puis M. Trélat a fait un second discours, ins emporté que le premier, moins rempli de grands effets oraes, mais non moins littéraire et non moins éloquent. Passant en ue les diverses parties de l'argumentation de M. Gosselin, Trélat arrive à conclure que les orateurs qui ont pris la parole cette question sont tous d'accord, sauf sur cet aphorisme de Gosselin, que M. Trélat continue à considérer comme dangex: Le chloroforme ne tue que lorsqu'il est mal administré.

I. Panas doit prendre la parole dans la prochaine séance; quoi la discussion ait paru épuisée hier, l'éminent chirurgien de ôtel-Dieu peut dire bien des choses nouvelles. Les opérations ilaires exigent généralement que l'anesthésie soit poussée beau-p *plus* loin que pour la chirurgie ordinaire; les dangers sont donc grands, et cependant M. Panas ne perd jamais de malades, tout employant un procédé notablement différent de celui de M. Gos-l.

-L'Académie des sciences a procédé lundi à l'élection d'un membre aire, dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacet de M. Bouillaud. La commission, par l'organe de M. Gosselin, t présenté les candidats dans l'ordre suivant: en première ligne, avaine; en deuxième ligne, M. Charcot; en troisième ligne *ex* , MM. Paul Bert et Brown-Séquard; en quatrième ligne, lappey.

. Paul Bert a été élu par 30 voix contre 26 données à M. Dae et à M. Brown-Séquard.

Du sulfate de quinine dans les glycosuries.

Par le Dr Jules Worms (1).

désire vous entretenir pendant quelques instants des effets favos que j'ai obtenus dans le traitement de certaines glycosuries e sulfate de quinine.

---

(1) Ce travail, lu devant le congrès médical de Londres, vient de paraître dans pte rendu des actes du congrès.

Vous ne trouverez pas étonnant que je me serve de ce terme : certaines glycosuries. En effet, il serait bien difficile, au milieu d'une si grande diversité des cas où se montre le sucre dans les urines, de parler de ce symptôme comme d'une expression pathologique définie et qui constituerait, à elle seule, une entité morbide. Mais tout en ne reconnaissant à ce symptôme qu'une valeur relative, en ne lui attribuant qu'un rôle secondaire dans l'expression des signes morbides qu'il accompagne, nous ne pouvons pas encore, dans l'état actuel de la science, rattacher les glycosuries à leurs lésions primitives, et les classer d'après les désordres organiques qui les déterminent

J'ai essayé dans une autre occasion de relier à la glycosurie d'origine hépatique un phénomène que j'ai signalé, je pense, le premier. la symétrie des névralgies qui accompagnent si souvent la maladie. En effet, je n'ai remarqué ce signe que dans les cas où j'étais autorisé à penser qu'une lésion du foie avait précédé l'apparition de la glycosurie, et depuis la publication de mon mémoire, des faits nouveaux sont venus confirmer mon opinion. Mais je dois le dire ici, à présent ce n'est pas dans de pareils cas de glycosurie, lesquels étaient accompagnés de perturbations différentes, fonctionnelles et organiques très profondes, que j'ai eu à me louer de l'usage du sulfate de quinine. Ici je n'avais pas devant moi de simples glycosuries, mais bien le diabète, dont la glycosurie n'est qu'un symptôme.

Mais vous savez combien l'on rencontre fréquemment des personnes n'ayant aucune apparence de maladie, lesquelles pour un léger désordre de santé, le plus souvent un trouble digestif ou un sentiment de fatigue, viennent consulter le médecin. Dans le cours de ses investigations, celui-ci examine les urines, il y trouve une quantité plus ou moins grande de sucre. Il cherche des manifestations morbides dans d'autres fonctions, il n'en trouve aucune ; ces malades ont peu soif, leur faim n'est pas exagérée, ils émettent une quantité normale d'urine, et pourtant celle-ci renferme souvent 25, 30, 40 grammes de sucre par litre. Il faut ajouter que, dans la plupart de ces cas, la quantité d'urée est normale, l'acide urique et toutes les matières constituantes du liquide rénal se présentent dans des conditions régulières. Serait-il permis de dire de ces malades que ce sont des diabétiques ? Certainement non. Le deviendraient-ils ? Il est bien difficile de l'affirmer. Pour mon compte j'observe depuis plus de dix ans un certain nombre de personnes lesquelles, dans des conditions déterminées, sont devenues glycosuriques, ont cessé de l'être sous telle ou telle influence, le sont redevenues et qui ne paraissent pas menacées de devenir diabétiques, c'est-à-dire de voir s'ajouter à phénomène simple d'urines plus ou moins sucrées celui de phénomènes graves dans les fonctions respiratoires ou autres. Je dois encore ajouter que dans cette forme de la glycosurie, dont je chercherai

déterminer les caractères et qui me paraît tributaire du sulfate de inine, les accidents vasculaires cutanés, gangrène, anthrax, etc., nt bien rares.

Si l'on réduit ainsi petit à petit l'importance des symptômes pro- ›s à cette forme de la glycosurie, on arrive à la ramener à des ca- :tères presque négatifs, en dehors de la présence du sucre dans urines, et l'on pourrait presque dire que l'on a devant soi une gly- urie bénigne. Mais est-il permis à un médecin prudent de laisser malades dans l'ignorance d'un symptôme dont ils n'ont pas con- ›nce, mais dont la seule énonciation jette la terreur dans beaucoup ›prits ? Je n'oserais pas encore me prononcer sur ce point qui pré- te une certaine gravité dans la pratique. Si vous cachez le sym- me « glycosurie » au malade, de même que vous ne lui direz pas l a une affection au cœur ou une tumeur cérébrale, vous vous ex- ›z à ne pouvoir faire suivre aucun régime. Dans l'autre cas, et r une glycosurie quelquefois passagère, vous troublez la vie en- e d'une personne pour lui avoir] signalé un désordre qui peut oir aucune importance. J'ai été consulté par une personne, que revue l'année d'après avec notre éminent confrère M. Charcot, était devenue un véritable glycomane. Dans une circonstance par- lière il avait eu de la glycosurie ; il l'avait su ; son esprit s'était fondément troublé et il n'urinait pas une seule fois sans analyser urines, et le plus souvent sans aller voir un médecin ou chimiste ' savoir si son analyse, qui donnait depuis des années un résultat .tif, était suffisamment probante et s'il n'existait pas un moyen eau plus précis pour découvrir si vraiment il pouvait considérer ırines comme normales. N'aurait-il pas mieux valu, dans un pa- :as, laisser ignorer l'existence d'un symptôme aussi banal et peu prononcé?

s glycosuriques auxquels je fais allusion en ce moment, et qui ›nt pas diabétiques, qui pourraient le devenir, sont le plus sou- des hommes (bien rarement des femmes), dont l'esprit est très ›é : ce sont des savants, de grands artistes, de grands finan- etc., dont les facultés intellectuelles sont toujours en émoi, le sommeil n'est pas complet, qui ne peuvent, par la nature de leurs occupations, prendre que peu ou pas d'exercice. Ils sont nt goutteux ou fils de goutteux, ce sont presque exclusivement ›ns d'une corpulence assez forte. C'est l'état habituel de leur qui paraît avoir la plus grande influence sur le fonctionnement plet de leur nutrition intime, et je crois ne pas me hasarder ›up en considérant cette forme de glycosurie comme consécu- un épuisement nerveux.

t en me plaçant à ce point de vue, et en appliquant cette opi- ue la quinine est l'agent le plus puissant pour rétablir l'équi-

libre dans le système vaso-moteur, par quelque circonstance que celui-ci aurait été rompu, que j'ai eu l'idée d'expérimenter ce médicament dans la forme de la glycosurie que je viens d'essayer d'esquisser. Je l'ai administré à la dose de 0,40 centigrammes par jour prise en deux fois dans une trentaine de cas, et en prolongeant l'usage pendant 15 à 20 jours. Sans aucune exception j'ai obtenu une diminution très marquée de la quantité de sucre. Dans les deux derniers cas que j'ai observés chez une dame de 35 ans, glycosurique depuis longtemps, et chez un homme de 40 ans placé dans des conditions analogues, la chute de la quantité du sucre a été de 40 grammes à 10 grammes dans l'espace des 10 premiers jours, et de 10 grammes à 4 grammes dans l'espace de 10 autres jours. Je dois ajouter que rien n'a été changé dans le régime alimentaire des malades, et qu'en particulier l'homme qui est l'objet de la dernière observation a plutôt mangé plus d'aliments féculents et sucrés dans la période où il prenait la quinine qu'antérieurement.

J'ai fait la remarque que ces glycosuriques tolèrent particulièrement bien le sel de quinine et que l'on peut le leur administrer sans le moindre inconvénient à cette dose pendant un temps très long.

Beaucoup de glycosuriques, auxquels j'avais conseillé l'usage de ce médicament, le reprenaient de leur propre chef, après l'avoir laissé de côté pendant une période plus ou moins longue, et avaient *le sentiment* très net d'une activité fonctionnelle plus grande dès qu'ils y revenaient et qui correspondait avec une diminution dans la quantité de glycose.

Ce que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer relativement à l'avantage certain que j'ai retiré de l'emploi soutenu de la quinine dans la glycosurie d'origine nerveuse n'est qu'une impression sommaire et dont je ne voulais pas laisser perdre le bénéfice qu'en tireront sans doute mes confrères.

Je me réserve de continuer ces recherches et d'entrer plus avant dans l'étude du mécanisme de cet agent thérapeutique appliqué à la glycosurie.

De l'analogie des effets des lésions centrales et des lésions corticales du cerveau (1).

Par M. Couty.

Avant de poursuivre mes expériences sur le mécanisme des troubles moteurs d'origine cérébrale, j'ai cru indispensable de rechercher si les paralysies produites par les lésions des parties profondes du cerveau étaient comparables aux paralysies d'origine cor-

(1) Communication à l'Académie des Sciences.

le étudiées dans les communications précédentes. J'ai fait rante-six expériences sur des singes et sur des chiens, en enfon- t dans leur cerveau, par une perforation du crâne, un petit cou- ı à pointe élargie que l'on faisait basculer; on produisait ainsi sections et des dilacérations bien délimitées dont tous les effets raient être observés, grâce à l'absence d'anesthésie.

ırmi ces effets, les troubles paralytiques ont toujours été les faciles à étudier; ils sont survenus immédiatement, sans ictus ıns coma intermédiaires, et par leur marche et leur forme, comme eur gravité, ces paralysies centrales ont paru entièrement sem- les à celles qu'auraient produites des lésions corticales d'égale due. Ainsi des chiens au repos laissaient leurs membres du côté sé à la lésion dans des positions anormales; s'ils marchaient ou ıient, ils appuyaient leurs pieds sur la face dorsale des orteils; ient du membre antérieur, traînaient le membre postérieur; ou 'e ils tournaient du côté de la lésion ou ils se heurtaient et tom- t du côté opposé, et ils employaient de préférences les membres té de la lésion à se défendre, à se relever et à faire d'autres ef- compliqu és.

ı singes présentaient souvent une paralysie relativement com- des deux membres opposés et surtout de l'antérieur; mais cette plégie s'observe aussi après des lésions corticales, et dans la 'ité des cas, sur le singe comme sur le chien, la lésion centrale isait seulement des modifications de la position des membres au avec paralysie incomplète, gêne ou retard des mouvements éraux de préhension ou de défense et conservation relative des ːments associés de course, de marche et de phonation.

c des lésions uniquement centrales, nous obtenions donc les ı de paralysie que l'on avait regardées comme caractéristiques ıions corticales; mais l'analogie ne s'arrêtait pas là: quand ıl faisait un effort nettement adapté à un but, comme les chiens ı a détruit le gyrus sigmoïde, il arrivait à produire des con- ns qui avaient paru d'abord impossibles, et, s'il restait au re- n constatait une paralysie marquée des mouvements de . Ou encore un singe ou un chien continuait à marcher, à à sauter et à se défendre sans troubles apparents, et il était capable de retirer la patte opposée à la lésion si on touchait ou inçait légèrement ses orteils. La paralysie épargnait donc ːment les mouvements associés ou les mouvements volontaires 'emière modification portait sur les réflexes et sur la sensibi- la moelle.

la plupart des animaux qui n'avaient plus d'excito-motricité con- nt intactes leurs perceptions cérébrales. Comme pour les lésions les, la vision, les sensibilités tactile et douloureuse ne fu-

rent troublées que dans un petit nombre de cas, et dans ces cas l'hémianesthésie, au lieu d'être isolée, coïncida avec des phénomènes marqués de paralysie motrice.

Ce syndrome de troubles moteurs et sensitifs n'affectait aucun rapport avec les altérations anatomo-pathologiques ; ou plutôt le siège et l'étendue de la lésion influaient sur le degré des phénomènes et non sur la nature et leur forme. Ainsi les paralysies peu marquées après les dilacérations occipito-sphénoïdales étaient considérables si le couteau détruisait la région fronto-pariétale ; de même les sections intra-capsulaires produisaient plus de troubles que les sections extra-capsulaires; mais il suffisait de faire dans les régions postérieures du cerveau une dilacération assez étendue pour obtenir tous les symptômes de la section fronto-pariétale ou de la destruction du corps strié ou du noyau lenticulaire. Les localisations fonctionnelles que l'on a voulu établir ont eu probablement pour point de départ diverses difficultés d'observation.

Ainsi, après une section de la région occipito-sphénoïdale, un singe ou un chien peut conserver intacts tous ses mouvements spontanés, parce que cette lésion est relativement silencieuse; mais il ne réagit par aucune contraction si l'on excite légèrement les pattes du côté opposé, et l'on peut croire à une perte isolée de la sensibilité, alors qu'il n'y a qu'une modification des réflexes.

On peut faire la même confusion dans des conditions presque inverses ; les animaux auxquels on a fait des lésions trop considérables, et surtout ceux dont on a prolongé l'anesthésie, restent assez longtemps incapables de marcher et de se mouvoir régulièrement, et le seul trouble que l'on constate alors facilement est une diminution ou une suppression des réflexes du côté opposé à la lésion.

Un examen anatomique trop rapide peut entraîner aussi des inexactitudes; ainsi il n'est pas rare de voir les tubercules quadrijumeaux congestionnés et infiltrés à la suite des lésions de la couche optique ou de la partie postérieure de la capsule : d'où une amblyopie qui a pu faire croire à une localisation des conducteurs visuels.

Mais une observation mieux faite montre que les troubles de la vision, comme ceux de la sensibilité tactile, peuvent se produire après les lésions centrales les plus dissemblables et que, comme la paralysie motrice qui les accompagne, les anesthésies sont plus fréquentes après les lésions antérieures. Il y a donc là encore identité complète entre les divers ordres d'altération du cerveau; le siège de la destruction corticale ou centrale, antérieure ou postérieure, n'a aucune influence sur la nature et la localisation des symptômes. Chaque ablation, chaque section, chaque dilacération cérébrale peut déterminer des modifications des diverses fonctions nerveuses périphériques, et le cerveau du singe ou du chien doit donc être considéré comme

un appareil dont les diverses parties ont les même rapports avec les nerfs moteurs ou sensitifs ; seulement ces rapports sont plus ou moins intimes, et leur mécanisme, comme le mécanisme de l'action propre du cerveau, reste à déterminer.

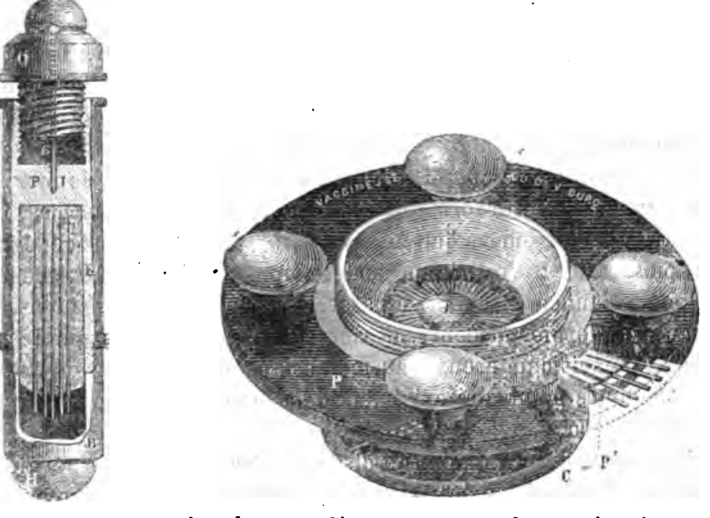
ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 *avril* 1882. — *Présidence de* M. HARDY.

La CORRESPONDANCE comprend un travail de M. le Dr Arnaud (de Saint-Gilles) sur la lente asphyxie.

M. Léon Colin présente : 1° de la part de M. Coustan, médecin-major, une *Etude sur les causes de l'épidémie de fièvre typhoïde du* 14e *bataillon de chasseurs, à Chambéry, en septembre* 1880 ; 2° de la part de M. Granier, médecin-major, la *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la garnison de Bizerte* (*Tunisie*) *en juillet et août* 1881 ; 3° de la part de M. Gille, médecin-major, l'*Histoire médicale du* 142e *régiment d'infanterie pendant l'année militaire* 1880-1881 ; 4° de la part de M. Antony, médecin-major et récemment lauréat de l'Académie, un manuscrit intitulé : *Etudes statistiques et médicales sur le recrutement dans le département de la Marne.*

M. Bouley présente, de la part de M. le Dr Burcq, un appareil pour pratiquer la vaccination jennérienne, la vaccine animale, d'après



M. Burq, n'étant qu'un leurre. C'est une sorte de grenier à vaccin avec lequel on pourrait pratiquer 2,500,000 vaccinations par an.

M. Béchamp fait une rectification à propos du procès-verbal de la dernière séance.

M. Gautier admet avec M. Béchamp qu'il y a des granulations dans les liquides digestifs ; mais M. Béchamp croit que ces granulations sont organisées, tandis que M. Gautier ne croit pas à leur organisation.

M. Gautier croit avoir démontré le premier que la digestion est produite par autre chose que des granulations et des corps organisés.

Quand on traite la pepsine insoluble par de l'éther, on obtient alors une substance acide qui se dissout aisément dans la soude très étendue. Cette substance est cristallisable et dissout la fibrine comme la pepsine elle-même.

M. Colin (d'Alfort) demande ce que M. Béchamp appelle microzymas; dans ce que vient de dire M. Béchamp, il y a des choses tout à fait inintelligibles. Il est certain que le suc gastrique peut agir indépendamment de ses éléments figurés, indépendamment des microzymas.

M. Colin ne comprend pas non plus l'origine de la pepsine, d'après M. Béchamp.

M. Béchamp. Cette question comprend toute l'histogénie. M. Béchamp y répondra à propos d'une communication qu'il doit faire prochainement.

Remèdes secrets.— *M. Jungfleisch* lit sur des remèdes secrets quelques rapports dont les conclusions sont adoptées.

Sur le chloroforme anesthésique. — *M. le secrétaire général* lit de le part de *M. L. Le Fort*, empêché, une note sur le chloroforme. Dans cette note, M. Le Fort demandait à M. Vulpian de continuer ses recherches sur le chloroforme.

M. Trélat. Deux objections ont été adressées à M. Trélat par M, Gosselin. M. Gosselin dit qu'il ne comprend pas le mécanisme de la mort dans le cas de M. Trélat; l'expérience de M. Vulpian répond suffisamment.

M. Gosselin pense que M. Trélat l'a menacé d'un cas de mort par le chloroforme. Cette forme de discours ne lui appartient pas, mais il y a trop peu d'années que M. Gosselin emploie son procédé pour qu'il puisse dire : Voilà la méthode, employez-la en toute sécurité. De longues années peuvent se passer sans qu'il y ait d'accident.

Dans son dernier discours, M. Gosselin ne conteste plus que le chloroforme ne soit dangereux, au moins dans une de ses trois catégories. Quelques points qui existaient dans le premier discours ont justement disparu.

M. Gosselin dit à la fin de son discours, par une sorte de pétition de principe : L'aphorisme de Sédillot est tutélaire, car il fait savoir aux jeunes chirurgiens qu'il faut chercher toujours la sécurité dont il affirme l'existence. C'est là une simple argutie.

M. Gosselin a reproché à tous ses collègues d'être des désespérés, des fatalistes. Bien loin de là ; M. Gosselin a été conduit là par un simple mouvement oratoire. Il est possible que l'on trouve un autre agent anesthésique préférable au chloroforme, M. Trélat ne prétend pas indiquer d'avance la marche que doit suivre le progrès dans la science.

Qu'est-ce qui sépare donc M. Gosselin de ses collègues? M. Gosselin a pensé que l'aphorisme de Sédillot était oublié. M. L. Championnière a rappelé à la Société de chirurgie cet aphorisme, mais en voulant insister sur la pureté du chloroforme sans parler nullement de son mode d'administration.

Cette discussion de l'Académie a eu un retentissement social des plus considérables, et M. Trélat cite trois exemples tout récents dans lesquels la famille des malades s'opposait à leur anesthésie.

Dans cette discussion, M. Gosselin a trouvé contre lui tous les chirurgiens qui ont pris la parole après lui, tous sauf M. Jules Guérin qui n'a apporté que des arguments fort anciens. M. Jules Guérin a parlé de l'anarchie dans laquelle se trouvent les chirurgiens au point de vue du chloroforme, mais, au contraire, un accord complet règne sur tous les points principaux.

Reste la technique même des inhalations d'après M. Gosselin; or, tout le monde fait forcément des intermittences dans l'administration du chloroforme.

Les orateurs sont donc d'accord, sauf pour cette expression que M. Trélat continue à considérer comme dangereuse et que M. Jules Guérin a répétée dans la dernière séance : Le chloroforme ne tue que lorsqu'il est mal administré.

M. Gosselin savait que beaucoup de chirurgiens faisaient des intermittences, que beaucoup de chirurgiens donnaient très bien le chloroforme; mais quelques chirurgiens ne font pas de même, et M. Gosselin a voulu donner une formule qui fût acceptable pour tout le monde.

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de membre correspondant national dans la section de médecine vétérinaire.

BIBLIOGRAPHIE

—

DE L'ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DE LA RATE, par le D[r] *M. Ernest Gaucher*, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, préparateur des travaux d'histologie à la Faculté de médecine, in-8°, 31 p. Paris, A. Doin, 1882.

Le remarquable travail de M. Gaucher est basé sur une observa-

tion recueillie dans le service de M. Bucquoy : cette observation est relative à une femme atteinte depuis de longues années d'une hypertrophie énorme de la rate, sans fièvre, sans leucémie, sans ascite, et à l'autopsie de laquelle l'examen histologique a permis à M. Gaucher de reconnaître une forme spéciale et non encore décrite d'hyperadémie splénique. Cette rate gigantesque présentait à l'œil nu, toutes proportions gardées, la forme et la couleur d'une rate normale, sa surface lisse et unie ; à première vue on l'aurait considérée comme une hyperthrophie simple et la nature véritable de la lésion aurait échappé sans l'examen microscopique. Cependant il s'agissait là d'une altération singulière : le parenchyme splénique hypertrophié était le siège d'une transformation épithéliomateuse totale. D'après les caratères histologiques, M. Gaucher propose de donner à cette maladie le nom d'épithélioma primitif de la rate.

Les caractères cliniques sont : une hypertrophie splénique considérable, progressive, à marche lente, accompagnée de douleurs spontanées assez vives, de phénomènes de compression variés, d'hémorrhagies (épistaxis, purpura et gingivite hémorrhagique), parfois d'ictère, dépendant de l'hypertrophie secondaire du foie, sans leucémie, sans fièvre intermittente, sans ascite, et aboutissant à une cachexie spéciale.

Les caractères anatomiques sont : une rate très volumineuse (4 kil. 770), uniformément et régulièrement développée, de surface lisse et unie, de forme et de couleur à peu près normales, dure et sclérosée.

Les caractères histologiques sont : 1° la substitution totale, à l'élément propre de la rate, de cellules épithéliales volumineuses, irrégulièrement arrondies ou polyédriques, munies d'un noyau, renfermées entre les travées normales de la trame splénique hyperplasiée ; 2° des hémorrhagies interstitielles ; 3° la destruction complète des corpuscules de Malpighi ; 4° la disparition partielle des vaisseaux.

La thèse de M. Gaucher est courte, mais l'auteur n'est pas homme à allonger un sujet pour le seul plaisir de faire une thèse volumineuse ; en quelques pages il a su donner un travail entièrement neuf, personnel, et qui restera.

A. Ch.

NOUVELLES

—

Faculté de médecine de Paris.— Le registre des inscriptions sera ouvert le samedi 1er avril 1882, il sera clos le samedi 29 du même mois, à quatre heures. Les inscriptions seront reçues les lundis, mardis, vendredis et samedis, de une heure à quatre heures de l'après-midi. Les inscriptions de première et deuxième années seront reçues du samedi 1er avril au mardi 18 ; celles de troisième et quatrième années, du vendredi 21 au samedi 29.

Les élèves, autorisés à subir les examens de fin d'année au mois d'avril prochain, doivent consigner les 29 et 30 mars 1882. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir ces examens. Aucune consignation ne sera admise passé le 30 mars.

Les consignations pour les examens de doctorat seront reçues le mercredi et le jeudi de chaque semaine, de une heure à quatre heures, à partir du 24 mars 1882. Conformément à la décision prise par l'assemblée de la Faculté, les limites de consignations pour les examens de doctorat ont été fixées de la manière suivante :

A. Ancien régime d'études : 1° pour le premier examen de doctorat, jusqu'au jeudi 20 avril ; 2° pour le deuxième examen de doctorat, jusqu'au jeudi 4 mai.

B. Nouveau régime d'études : 1° pour le deuxième examen de doctorat, première partie, jusqu'au jeudi 20 avril ; 2° pour le troisième examen de doctorat, première partie, jusqu'au jeudi 4 mai.

Pour les autres examens, les dates pour la limite des consignations seront annoncées ultérieurement par voie d'affiches.

Exercices pratiques d'histologie. — Les exercices pratiques d'histologie ont commencé le lundi 3 avril 1882, sous la direction de M. Cadiat, agrégé, chef des travaux pratiques d'histologie. Ils auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Lhomond, 42, tous les jours, à trois heures de l'après-midi. Les élèves seront exercés au maniement du microscope. Ils feront eux-mêmes les préparations de tous les éléments anatomiques. Ces exercices sont obligatoires pour les élèves de seconde et de troisième année (ancien et nouveau régime). Nul élève de l'une ou l'autre des deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet, s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par le chef des travaux pratiques. Ils sont facultatifs pour les étudiants qui ont seize inscriptions.

Les élèves de seconde et de troisième année sont admis en présentant : 1° la carte de travaux pratiques qui leur a été délivrée lors de la prise de l'inscription de janvier ; 2° la quittance détachée du registre à souche attestant le payement des droits réglementaires. Les élèves, justifiant de seize inscriptions et qui désireraient prendre part aux exercices pratiques d'histologie, ne pourront être admis sans une autorisation spéciale du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande du 25 mars au 1er avril inclusivement, au secrétariat de la Faculté. Les élèves de seconde et de troisième année, ainsi que les élèves justifiant de seize inscriptions et dûment autorisés, devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, du 25 mars au 1er avril inclusivement.

L'Ecole supérieure de pharmacie vient d'entrer en possession du legs Laillet.

En conséquence, à la fin de chaque année scolaire, un concours spécial, pour l'obtention du prix Laillet, sera ouvert à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, entre les élèves de troisième année.

Le prix de 500 francs sera alternativement affecté à la pharmacie et à la zoologie.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — La commission extra-parlementaire de l'Assistance publique s'est réunie au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. le député Hérisson.

La commission a arrêté les termes d'un projet de règlement d'administration publique sur l'organisation de l'assistance à domicile dans la ville de Paris.

La commission a notamment décidé que les bureaux de bienfaisance d'arrondissement seraient maintenus et que leurs médecins seraient nommés à l'élection.

Toutes les subventions extraordinaires ou spéciales seront désormais réparties chaque année en raison inverse du produit des contributions personnelles et mobilières, divisé par le chiffre de la population générale de chacun des arrondissements de la capitale.

Enfin des locaux convenables seront disposés dans chaque arrondissement à l'effet de recevoir les malades qui ont à réclamer les consultations et les soins externes des médecins à des jours et heures déterminés.

BUREAUX DE BIENFAISANCE. — MM. les médecins du huitième arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 19 avril 1882, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à deux heures.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — M. le professeur Cornil, député de l'Allier, vient d'adresser la lettre suivante au président de la Chambre des députés :

« Paris, le 27 mars 1882.

« J'ai l'honneur de vous remettre ma démission de député.

« Le *Journal officiel* du 26 mars enregistre, en effet, le décret par lequel je suis nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. Par le fait même de mon acceptation, je cesse d'appartenir à la Chambre, suivant l'article 11 de la loi du 30 novembre 1875.

« Veuillez recevoir, Monsieur le président et cher collègue, l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.

« (Signé) CORNIL. »

La démission a été transmise à M. le ministre de l'intérieur.

INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS. — Par arrêté du ministre de l'intérieur à la date du 29 mars, la consultation gratuite, établie depuis longtemps par le docteur Ladreit de Lacharrière à l'Institution nationale des sourds-muets, est officiellement annexée à cet établissement, et devient un service public sous le titre de clinique otologique.

Un chef de clinique est attaché à ce service.

Il recevra un traitement de 600 francs. Il sera nommé par arrêté ministériel, sur la proposition du directeur et la présentation du médecin.

Les candidats à la place de chef de clinique devront être pourvus de douze inscriptions au moins.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

…-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 42 SAMEDI 8 AVRIL 1882

LA

…RANCE MÉDICALE

…UREAUX
…n s'abonne chez
…HAYE et E. LECROSNIER
Place
École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
…sseur de clinique chirurgicale, …mbre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
…sseur agrégé à la Faculté, …hirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

…esser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
…ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
…Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

Année. — Tome I. — N° 42. Samedi 8 Avril 1882

LA FRANCE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR VULPIAN.

**ιichorée avec hémianesthésie sensitive et sensorielle. Guéri-
on rapide par la faradisation d'un point limité du tégument
xterne.**

Par le Dr P. Merklen,
Interne, médaille d'or des hôpitaux.

a malade dont nous rapportons l'histoire est une jeune fille de ans, bonne d'enfants, entrée le 1er février dernier dans le service ıotre maître, M. le professeur Vulpian, pour une deuxième atta- de chorée apparue le 28 janvier, c'est-à-dire trois jours avant. e jeune malade nous raconte qu'il y a deux ans elle a été at- te, pour la première fois, de danse de Saint-Guy, que cette affec- était survenue brusquement à l'occasion d'une vive frayeur, lle a nécessité un séjour de cinq mois à l'hôpital des Enfants; ssant plus loin notre interrogatoire, nous apprenons que cette mière attaque de chorée était strictement limitée au côté gauche qu'il existait, en même temps, une suppression de la sensibilité érale de ce côté; la malade ne nous donne aucun renseignement le traitement auquel elle fut soumise.

es antécédents héréditaires de cette malade ne sont pas connus; est orpheline depuis sa plus tendre enfance. A part les accidents eux qui la ramènent à l'hôpital, pour la deuxième fois, elle n'a ıis été malade; pas de scrofule, pas de rhumatisme, pas de scar- ıe. La seule chose qui soit positive, c'est une sorte de tempéra- t nerveux, une grande impressionnabilité avec pleurs et rires fa- ; du reste, pas d'attaque d'hystérie, ni rien qui permette de son- immédiatement à l'existence de cette névrose. Il faut ajouter que alade, malgré son âge, n'a jamais été réglée et qu'elle présente ellement encore tous les attributs de l'enfance.

ıns la nuit du 27 au 28 janvier, la malade fit un rêve effrayant, t dans une maison en feu. Le lendemain matin, au réveil, elle atteinte d'hémichorée droite, et c'est dans cet état qu'elle ıit à l'hôpital trois jours après.

ı premier examen ne pouvait laisser aucun doute sur l'existence danse de Saint-Guy, bien caractérisée, mais nettement limitée ôté droit. Les grimaces continuelles et involontaires du côté de la face, exagérées par la vue des étudiants réunis autour de t, les mouvements désordonnés du membre supérieur du même avec soubresauts, tressaillements, immobilité continuelle des

doigts, l'impossibilité de saisir et de tenir un objet quelconque, en fin les contractions involontaires et irrégulières des muscles de la cuisse et de la jambe, avec ce dandinement et ce balancement caractéristiques du côté droit du corps pendant la marche, répondaient bien au tableau classique de la chorée. Cette hémichorée droite était accompagnée d'une hémianesthésie sensitive et sensorielle également très nette; le côté droit ne sentait ni le simple contact, ni le froid, ni le chaud, ni la douleur, la peau se laissant traverser par l'épingle, sans que la malade en eût la moindre conscience. Les sens spéciaux étaient également intéressés: l'œil droit, affaibli, ne distinguait qu'incomplètement les objets; la malade n'entendait le tic-tac d'une montre, qu'à la condition d'appliquer la montre contre le pavillon de l'oreille droite; l'odorat et le goût, explorés par les procédés classiques, paraissaient absolument supprimés. Il s'agissait donc là d'une hémichorée droite avec hémianesthésie sensitive et sensorielle.

Du reste, intégrité de la santé générale; intégrité de tous les organes, en particulier du cœur, qui n'était le siège d'aucun bruit anormal et dont les battements étaient réguliers et bien frappés.

Prescription. — 2 granules d'arséniate de soude de 1 milligr.

3 février. Même état; peut-être les mouvements involontaires sont-ils un peu moins violents. M. Vulpian, qui voit la malade pour la première fois, se fondant sur la coexistence de l'hémianesthésie et de l'hémichorée, pense à l'origine hystérique de ces troubles nerveux. La confirmation de cette hypothèse est immédiatement donnée par la malade qui, à la suite d'une séance de faradisation, est prise d'une crise de pleurs et bientôt d'oppression, avec angoisse précordiale; il s'agit donc, très vraisemblablement, d'une hystérique atteinte d'hémianesthésie et d'hémichorée.

Dans le but de faire disparaître l'hémianesthésie, M. Vulpian électrise la peau de l'avant-bras à l'aide d'un courant faradique de grande intensité. Cette faradisation est faite avec le pinceau, ou du moins, à défaut de pinceau, avec le manchon en cuivre de l'excitateur ordinaire, appliqué à plat sur l'avant-bras. Tout d'abord, la malade ne sent rien et n'accuse aucune douleur; mais, au bout de quelques instants, elle signale des fourmillements, des picotements et bientôt se met à pleurer, se plaignant de vives douleurs et de brûlure au niveau de la peau faradisée; celle-ci est le siège d'une rougeur intense. On constate, à ce moment, que la sensibilité, au contact et au pincement, est revenue non seulement à la peau de l'avant-bras, mais dans tout le côté, à la face, sur la cuisse, etc. De plus, les mouvements choréiques sont très diminués et c'est à peine si l'on remarque encore quelques soubresauts involontaires, mais très éloignés de l'avant-bras et de la main. Cette séance de faradisation n'a pas duré plus

à 7 minutes et a dû être interrompue à cause des plaintes de la alade.

Malgré cette amélioration immédiate produite par la faradisation, . Vulpian met la malade au traitement arsenical à haute dose) granules d'arséniate de soude de 1 milligr. par jour).

Le même soir, au moment de la contre-visite, cette malade qui, la ille et le matin, était incapable de marcher et de se tenir debout ns dandinement et sans exagération de ses mouvements choréiques, lait au service et grimpait sur les lits pour attacher les rideaux 'on était en train de changer.

Le 4. La sensibilité du côté droit est très obtuse, bien que non primée complètement; les mouvements choréiques se sont reproits, mais très limités et très localisés. Plus de grimaces de la e.

Nouvelle séance de faradisation qui ramène la sensibilité et supme les mouvements choréiques.—12 milligr. d'arséniate de soude.

Le 5. La sensibilité est presque normale à droite; les mouvents sont peu accusés avant la visite. Après une nouvelle séance faradisation, faite avec le pinceau, ils disparaissent complètent. — 15 milligr. d'arséniate de soude.

Le 7. Plus de troubles du mouvement, ni de la sensibilité.— Supession de l'arséniate de soude.

Le 8. La sensibilité est un peu moins prononcée à droite qu'à gau; l'on constate encore, de temps à autre, quelques petits mouvets choréiques. Nouvelle séance de faradisation qui les fait dispare. — On redonne à la malade 10 milligr. d'arséniate de soude.

e 18. Le traitement, par la faradisation et l'arséniate de soude, continué et fait d'une manière régulière pour combattre les petits vements choréiques qui ont de la tendance à se reproduire de ps en temps. — Arséniate de soude, 15 milligr.

e 20. Guérison parfaite. On cesse la faradisation.

e 23. Suppression de l'arséniate de soude.

28. La guérison s'est maintenue. La sensibilité est intacte des côtés. La malade sort de l'hôpital.

flexions. — L'observation qui précède n'est pas un exemple de ée vulgaire et cependant, cliniquement, elle ne mérite d'autre que celle de chorée ou de danse de Saint-Guy. Elle peut se ré-r ainsi dans ses traits principaux. Première attaque d'hémie gauche avec hémianesthésie survenue à l'âge de 14 ans, à la d'une frayeur; durée, cinq mois. Deuxième attaque d'hémie droite survenue à l'âge de 16 ans, à la suite d'une nouvelle ur, accompagnée d'hémianesthésie sensitive et sensorielle, amé immédiatement par la faradisation d'un point limité de la peau, e complètement en trois semaines.

Ce simple résumé met en relief le double intérêt de notre observa-tion, intérêt résidant d'une part dans la nature de cette chorée, de l'autre dans la rapidité de sa guérison sous l'influence de la théra-peutique mise en œuvre.

Nous ferons remarquer tout d'abord que notre malade n'avait eu ni rhumatisme, ni scarlatine, ni affection cardiaque, qu'il ne s'agis-sait pas en définitive d'un cas de chorée rhumatismale. Le mode de début de l'affection, tout autant que le caractère un peu spécial des symptômes observés, devait faire penser à une autre origine. Les deux attaques d'hémichorée ont débuté chez notre malade brusque-ment, sous l'influence d'impressions morales vives. Les deux f... l'hémichorée était accompagnée d'hémianesthésie sensitive et senso-rielle. Enfin, la malade n'est pas réglée ; elle est très impression-nable et elle a eu sous nos yeux une crise de pleurs et d'étouffement tout à fait semblable à celles que l'on observe si fréquemment chez les hystériques.

L'hystérie à titre de cause prédisposante, les impressions morales vives à titre de causes occasionnelles, peuvent seules être invoquées pour expliquer l'apparition de ces accidents choréiques. Les troubles de la sensibilité observés chez notre malade ne suffiraient pas à la vérité pour établir ce fait, car, sans être constants, ils sont fréquents dans la chorée vulgaire, ainsi que l'ont fait remarquer Moynier, Trousseau, Grisolle et M. Lasègue. Néanmoins l'existence d'une hé-mianesthésie sensitive et sensorielle si nette et si complète, et l'ab-sence de lésion encéphalique, devaient éveiller l'idée d'hystérie et cette hypothèse étiologique devait être rapidement confirmée par les heureux résultats du traitement employé.

M. le professeur Vulpian (1) a appelé l'attention, à plusieurs reprises, sur l'influence qu'exerce la faradisation cutanée portant sur un point limité du tégument, dans certains cas d'anesthésie, dans l'anesthésie hystérique par exemple. Cette influence a été instantanée et com-plète chez notre malade qui, au bout de cinq ou six minutes de fara-disation cutanée d'une région très limitée de l'avant-bras, avait re-couvré sa sensibilité dans tout le côté anesthésié ; mais à cela ne s'est pas borné l'action de cette électrisation, car, en même temps que la sensibilité revenait, les mouvements choréiques diminuaient d'intensité pour cesser bientôt complètement. Cette suspension im-médiate de l'hémichorée n'est pas moins remarquable que la dispari-tion de l'hémianesthésie, elle peut s'expliquer de la même manière. M. Vulpian avait déjà dit que la faradisation pratiquée comme ...

(1) Vulpian. De l'influence qu'exerce la faradisation de la peau dans certains cas d'anesthésie. (*Arch. de physiol. normale et patholog.*, 1875.)

Id. Sur l'influence qu'exerce la faradisation cutanée portant sur un point limité ...

conseille n'est pas seulement utile dans le traitement de l'hémianesthésie, mais qu'elle exerce une action favorable dans des cas d'hémiplégie récente, d'aphasie passagère, d'affaiblissement des facultés intellectuelles et cela sans doute grâce à l'ébranlement que détermine à distance cette forte excitation périphérique sur les parties des centres nerveux dont le fonctionnement est momentanément interrompu par suite de troubles circulatoires ou d'autres désordres difficiles à préciser. Cette même interprétation peut être appliquée à l'influence favorable exercée sur l'hémichorée de notre malade par la faradisation cutanée; c'est du reste l'interprétation que M. Vulpian nous a proposée lui-même et que nous reproduisons d'après ses conseils. Ajoutons que la double action curative, obtenue par l'électrisation cutanée chez cette jeune hystérique, permet à la fois d'attribuer une même origine à son hémianesthésie et à son hémichorée, et de placer dans des régions très voisines de l'encéphale le siège des troubles fonctionnels qui ont donné naissance à ces accidents. Les analogies de cette hémichorée avec l'hémichorée symptomatique sont assez grandes pour qu'on soit tenté de localiser ces désordres dans la partie postérieure de la capsule interne, comme l'a proposé M. Raymond (1). Mais c'est là une question que l'on ne peut que soulever sans la résoudre complètement.

L'heureux et rapide résultat thérapeutique obtenu chez notre malade par la faradisation cutanée forte d'un point limité de l'avant-bras nous paraît être le fait le plus important de cette communication. Ce fait est en contradiction avec les affirmations des médecins allemands très autorisés qui se sont occupés de cette question: Romberg, Benedickt, Remack, Rosenthal, etc., qui préconisent dans le traitement de la chorée l'emploi des courants continus, sont tous d'accord, dit M. Raymond (2), pour admettre la parfaite inutilité et même les inconvénients des courants interrompus. Le succès obtenu dans le cas que nous venons de rapporter tient sans doute à la cause de cette chorée, manifestement d'origine hystérique; il n'en est pas moins réel et très remarquable, si surtout l'on tient compte de ce fait que cette malade, il y a deux ans, a passé cinq mois à l'hôpital des Enfants-Malades pour une hémichorée tout à fait semblable à celle que nous avons observée et dont la guérison, cette fois, était complète au bout de quelques jours.

tégument, dans les cas d'anesthésie due à des lésions cérébrales, à l'intoxication saturnine, à l'hystérie, au zona. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1879.)

(1) Raymond. Hémichorée et hémianesthésie symptomatique. Th. de doctorat, 1876.

(2) Raymond, Art. Danse de Saint-Guy. *Dict. encyclop.*

REVUE DE LA PRESSE

Le prurit cutané. — Le prurit de la peau peut être divisé en gé-
néral et local; dans le premier cas c'est un des plus importants parmi
les symptômes subjectifs qui accompagnent les affections cutanées.
La cause peut en être rapportée soit à la constitution du malade,
soit simplement à l'état de la peau elle-même. Le Dr *H. S. Purdon* (*the
Practitioner*) entend surtout parler du prurit que l'on ne peut ratta-
cher à une affection de la peau; dans ces cas, si la peau devient ma-
lade, c'est le plus souvent d'une façon secondaire et par suite d
grattage.

Une démangeaison portant sur toute la surface de la peau est gé-
néralement due à une affection du foie liée à l'abus de l'alcool, de la
bière, etc., ou à l'ictère.

Une affection de courte durée du foie ou de l'utérus est une cause
assez commune de démangeaisons; on y remédie généralement a
moyen de pilules de calomel et de poudre de Sedlitz. Le point pri-
cipal dans ces cas est de stimuler les fonctions du foie. Comme tra-
tement local, il est bon de donner des bains turcs et de passer s
tout le corps une éponge imbibée d'eau vinaigrée ou d'une solu
de borax. Ce traitement soulage pendant plusieurs heures.

Erasmus Wilson dit que le prurit cutané se rencontre dans les ca
de grossesse, d'ascarides, d'affections du foie accompagnées d'ictèr.
Parmi les causes prédisposantes éloignées, les plus communes so
les troubles digestifs, la goutte et l'abus des boissons alco-
liques.

Parmi les prurits localisés que l'on rencontre habituellement vi
d'abord le prurit anal. Cette démangeaison, si gênante et si dés-
gréable pour les malades, est due généralement à un trouble de
circulation dans le système de la veine porte, fréquemment asso
avec des hémorrhoïdes. Les démangeaisons portent les malades à
gratter et amènent souvent ainsi un eczéma de la région anale.

Le prurit de la vulve est souvent dû à la grossesse; la leucorr-
en est une autre cause; il peut être provoqué de même par le pas-
d'ascarides allant du rectum à la vulve, principalement chez
enfants. On rencontre également ce prurit dans le diatète; dans
cas il est causé par la production de champignons d'oïdium albic-
semblables à ceux qui se produisent dans la bouche, dans le mu
H.-S. Purdon conseille alors des applications locales d'acide s-
fureux, des injections d'eau chaude et l'acide lactique à l'intérie
Quant au prurit du scrotum, l'auteur pense qu'il est générale-
dû à un rétrécissement de l'urèthre.

En résumé, le prurit, général ou local, est dû soit à une affec-
locale, soit à un état constitutionnel comme une affection du foie.

Ovariotomie pendant la grossesse. — Les cas d'ovariotomie pratiqués avec succès pendant la grossesse commencent à devenir assez communs pour qu'il soit difficile de les reproduire tous in extenso. Toutefois, l'opération est assez curieuse pour qu'il soit utile d'indiquer au moins les nouveaux faits de guérison publiés. Ainsi le Dr *Théodore H. Mac Graw*, professeur de chirurgie au collège médical de Détroit, rapporte dans *The Detroit Clinic* l'observation d'une femme enceinte de trois mois et qui avait en outre, depuis environ huit mois, un kyste de l'ovaire. Cette femme, déjà mère de deux enfants, fut opérée le 12 avril 1881, avec les précautions de la méthode antiseptique ; au milieu du mois de mai elle put quitter l'hôpital et le 11 octobre elle accouchait heureusement. Actuellement elle jouit d'une parfaite santé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 *avril* 1882. — *Présidence de* M. Guéniot.

Amputations et désarticulations sous-périostées. — M. le secrétaire général lit une note de *M. Ollier*. Le chirurgien de Lyon rappelle que, dès 1859, il avait déduit, de ses expériences sur l'ostéogenèse, la possibilité de pratiquer des lambeaux ou manchettes périostiques dans les amputations. Les résultats qu'il a obtenus dans la pratique l'ont peu engagé à continuer ce procédé, il l'a gardé seulement pour le tibia.

En effet, chez les jeunes sujets la conservation du périoste peut produire des ostéophytes qui rendent le moignon irrégulier et ont même nécessité de nouvelles opérations. Chez l'adulte on a moins à craindre cet inconvénient, mais le décollement du périoste peut entraîner la nécrose d'une rondelle plus ou moins considérable de la diaphyse. Il faut donc compter bien davantage sur l'antiseptie que sur les lambeaux périostiques.

Il n'a gardé la méthode sous-périostée que pour les désarticulations, substituant aux procédés rapides des moyens plus lents, mais à l'abri de graves dangers, comme l'hémorrhagie, les fusées purulentes dans les gaines tendineuses. Pour cela il incise suivant une cloison musculaire, arrive sur le périoste qu'il incise longitudinalement, en même temps que la capsule articulaire ; il décolle avec soin la capsule et la gaine périostique, fait sortir la tête articulaire et seulement alors fait la coupe des parties molles.

Cette méthode a le double avantage de limiter le traumatisme à la gaine périostique, et elle permet en outre la formation dans le moignon d'un squelette osseux, utile pour les mouvements. M. Ollier se propose d'envoyer à la Société un travail complet sur ce sujet.

M. Poncet n'abandonne pas le manchon périostique qu'il considère comme très utile. Il vient d'avoir trois cas favorables où la fonction du manchon périostique n'a donné lieu ni à une nécrose, ni à des irrégularités de la partie de l'os reformé. On ne rencontre aucune difficulté au décollement du périoste qui, dans certains points de la diaphyse, se décolle au contraire trop facilement.

M. Desprès, sans être opposé théoriquement au manchon périostique, pense qu'en pratique il n'est pas réalisable; on n'obtient que des lambeaux irréguliers et sans propriétés ostéogéniques; si on a pu l'obtenir, c'est dans des cas pathologiques, dans les amputations pour tumeurs blanches peut-être, chez l'adulte à l'état normal, à partir de 25 ans et même au-dessous; il affirme que ce décollement régulier, en manchette, est impossible. Il reste donc très sceptique à l'égard de ces manchons périostiques.

M. Trélat tient à rappeler avec quelle rapidité les parties profondes s'accolent entre elles lorsqu'on a eu la précaution de garder du périoste. Beaucoup de ses collègues ont certainement vu ce processus anatomique réalisé dans leurs amputations, et une pièce de M. Nicaise, recueillie au 29e jour, le démontrait très bien.

M. Nicaise. Dans une séance précédente j'ai montré qu'on pouvait décoller le périoste, et je vous ai porté six exemples : je vous ai montré les résultats d'une autopsie d'amputation de cuisse au 30e jour. Le périoste avait été très décollé excepté au niveau de la ligne âpre. Il n'y avait pas de champignons médullaires, de bourgeonnement exubérant des éléments de la moelle. La lamelle osseuse qui recouvrait la cavité médullaire avait environ 2 à 3 millimètres d'épaisseur, il existait aussi des granulations calcaires à la périphérie.

M. Farabeuf croit possible la section et le décollement du périoste, même sur le cadavre; mais la formation de la manchette périostique régulière est difficile et demande une certaine habitude. Aussi, pour l'amputation circulaire de la cuisse, par exemple, il ne la croit pas très utile. Au tibia, au contraire, rien de plus facile que de décoller le périoste de la face interne. Revenant à la partie principale de la communication de M. Ollier, il est heureux de lui voir adopter les désarticulations sous-capsulo-périostées, procédé lent, mais très propre à ménager la perte de sang.

M. Trélat. Si on éprouve quelque difficulté à relever le manchon périostique, c'est seulement sur un espace de quelques millimètres, mais bientôt le décollement devient plus facile; ne peut-on pas alors, tenant compte de cette première partie irrégulière, décoller jusqu'à 4 et 5 centimètres le lambeau périostique? Rappelant des expériences récentes, M. Trélat dit que, dans certaines fractures sous-périostées, on n'observe pas de bourgeonnement de la moelle. Le cal d'amputation est mis dans des conditions analogues par la

conservation du périoste. On évite ainsi le champignon médullaire et, ayant obtenu l'accollement très rapide des parties profondes, on ne doit craindre ni la nécrose ni les ostéophytes.

RAPPORT DE M. TERRIER SUR UN CAS DE FIBROME ORBITAIRE, OBSERVÉ PAR M. PEYROT. — Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans, qui avait remarqué depuis longtemps une augmentation de volume de l'œil droit.

Au bout de six ou sept ans, la vue s'était perdue; enfin, depuis quelques mois seulement, elle éprouvait de vives douleurs lancinantes. A son entrée, on ne reconnaissait plus les éléments de l'œil, la tumeur, entourée par un cercle chromatique, était dure, peu douloureuse, un peu irrégulière; les mouvements faisaient reconnaître des cordes musculaires tendues à sa surface.

On porta le diagnostic de tumeur fibreuse ou myôme développé aux dépens des parois du globe oculaire. La tumeur enlevée, la guérison fut assez rapide, malgré un petit érysipèle.

La tumeur était arrondie assez régulièrement. A la coupe, on reconnaissait des éléments de tissu fibreux et quelques cellules. L'examen histologique fait, M. Poncet lui avait fait croire à une tumeur fibreuse mélanique. M. Peyrot penche plutôt vers l'angiome caverneux ayant subi la transformation fibreuse, primitivement développé dans la cavité orbitaire et ayant détruit secondairement les éléments du globe oculaire. Il s'appuie surtout pour cela sur la présence d'autres petites tumeurs érectiles sur la face.

M. Terrier n'est pas du même avis; le peu de renseignements donnés par la malade rend l'histoire de cette tumeur un peu obscure. Cependant la persistance de la vision pendant longtemps fait penser à une tumeur bénigne; les mouvements et les brides fibreuse à une tumeur intra-oculaire; il pense donc qu'il s'agit d'un fibrome choroïdien, le pigment de la choroïde ayant donné à la tumeur un aspect tout spécial.

M. Poncet. Depuis, l'examen histologique de la tumeur a modifié son diagnostic : 1° Il ne croit pas possible qu'une tumeur développée aux dépens du globe oculaire puisse faire disparaître jusqu'à la moindre trace des membranes ou des milieux; on trouve toujours soit la membrane de Descemet, soit quelques parties de l'iris servant de point de repère dans les recherches histologiques; 2° Le pigment trouvé dans la tumeur était un pigment hématique puisqu'il était soluble par l'acide sulfurique; 3° Enfin, dernier renseignement très important, la malade étant entrée de nouveau à l'Hôtel-Dieu pour des douleurs d'ophthalmie sympathique, M. Panas a ouvert la cicatrice et a trouvé à la partie interne de la cavité orbitaire un bulbe oculaire tout entier, qu'il a enlevé.

Le diagnostic de M. Poncet est un angiome caverneux devenu fibreux, développé dans l'orbite.

RAPPORT de *M. Fauvel* sur un travail de M. Vicusse, médecin militaire à Tlemcen, intitulé : *quelques remarques sur les fistules à l'anus produites par l'hypertrophie morbide de la valvule de Houston.* Dans deux cas l'auteur a obtenu la guérison complète de la fistule en sectionnant avec un bistouri boutonné la bride formée par la valvule.

La Société de chirurgie a nommé une commission, composée de MM. Tillaux, Fauvel et Marc Sée, pour l'examen des titres des candidats aux places de membres titulaires.

BIBLIOGRAPHIE

RECHERCHES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES SUR L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE ET L'IDIOTIE, par *MM. Bourneville*, médecin de Bicêtre, et *d'Olier* interne des hôpitaux, in-8° 74 p. — Paris, bureaux du *Progrès médical* et A Delahaye et E. Lecrosnier, 1881.

Cet ouvrage se divise en deux parties ; la première comprend l'histoire et la statistique de la troisième section de la division des aliénés de Bicêtre. C'est une sorte de rapport sur les améliorations nombreuses qu'il serait possible d'apporter à ce service au point de vue de l'installation matérielle et de l'éducation des enfants épileptiques et idiots.

La seconde partie, purement scientifique, comprend un certain nombre de mémoires déjà publiés par les auteurs : sur la maladie bleue, sur la cachexie pachydermique, et sur divers cas d'épilepsie, d'hystérie et d'idiotie.

Cet ouvrage a été publié par M. Bourneville seul. On se rappelle que M. d'Olier, qui promettait le plus bel avenir, est mort au mois de février 1881.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 17 au 22 avril 1882.) — *Lundi*, 17. — Doctorat, 1er : MM. Vulpian, Tillaux et Reclus. — 1er : MM. Guyon, Hayem et Cadiat. — 1er : MM. Béclard, Charcot et Terrillon. — 3e : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 4e : MM. Bouchardat, Parrot et Dieulafoy. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Fournier et Pinard. — 5e (1re partie, pathologie externe et accouchements, Charité) : MM. Trélat, Duplay et Budin.

Mardi, 18. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Le Fort, Panas et Bouilly. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e : MM. Jaccoud, Peter et Berger. — 2e : MM. Ball, Bouchard et Peyrot. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Lasègue et Humbert.

Mercredi, 19. — Doctorat, 1er (dissection) : MM. Duplay, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 3e : MM. Baillon, Gariel et Henninger. — 4e : MM. Bouchardat, Hayem et Landouzy. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Potain et Budin. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Fournier et Pinard.

Jeudi, 20. — Doctorat, 1er : MM. Le Fort, Ball et Bouilly. — 1er : MM. Sappey, Richet et Peyrot. — 2e : MM. G. Sée, Jaccoud et Humbert. — 2e : MM. Hardy, Bouchard et Richelot. — 2e : MM. Lasègue, Laboulbène et Berger. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Peter et Panas.

Vendredi, 21. — Doctorat, 1er (dissection) : MM. Trélat, Vulpian et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er : MM. Béclard, Guyon et Pozzi. — 3e : MM. Regnauld, Hanriot et Bocquillon. — 4e : MM. Bouchardat, Hayem et Dieulafoy. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Tillaux et Landouzy. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Potain et Pinard. — 5e (Charité) : MM. Parrot, Duplay et Budin.

Samedi, 22. — Doctorat, 1er : MM. Le Fort, Ball et Bouilly. — 1er : MM. Sappey, Panas et Humbert. — 2e : MM. Brouardel, Laboulbène et Peyrot. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Hardy et G. Sée. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Lasègue, Richet et Charpentier.

Samedi, 22. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

Société médicale anglo-américaine de Paris. — Les médecins anglais et américains résidant à Paris viennent de créer une Société sous le nom de British and american Medical Society of Paris. Peuvent être membres ceux seulement qui ont légalement droit d'exercer parmi nous. Le président pour 1882 est Sir John Rose Cormack, le vice-président est le Dr Bishop.

Ecoles supérieures de pharmacie. — Nous avons annoncé (p. 480) qu'un concours s'ouvrirait le 15 octobre prochain pour 7 places d'agrégés de pharmacie.

Les sujets de thèses que les candidats de chaque section pourront traiter à leur choix, sont les suivants :

1° *Section des sciences physico-chimiques.* — 1re question : Principes généraux de thermochimie ; leur application à l'étude des composés binaires des métaux.

2e question : Les aldéhydes et leurs dérivés.

3e question : Série du cyanogène.

4e question : Les hydrates de carbone.

5e question : Analyse qualitative et quantitative des gaz.

6e question : Méthodes volumétriques par liqueurs titrées : principes généraux et application aux produits pharmaceutiques.

7e question : Recherche des poisons végétaux et animaux.

8e question : De l'électrolyse.

9e question : Chaleurs spécifiques des solides, des liquides et des gaz.

Ce simple résumé met en relief le double intérêt de notre observation, intérêt résidant d'une part dans la nature de cette chorée, de l'autre dans la rapidité de sa guérison sous l'influence de la thérapeutique mise en œuvre.

Nous ferons remarquer tout d'abord que notre malade n'avait eu ni rhumatisme, ni scarlatine, ni affection cardiaque, qu'il ne s'agissait pas en définitive d'un cas de chorée rhumatismale. Le mode de début de l'affection, tout autant que le caractère un peu spécial des symptômes observés, devait faire penser à une autre origine. Les deux attaques d'hémichorée ont débuté chez notre malade brusquement, sous l'influence d'impressions morales vives. Les deux fois l'hémichorée était accompagnée d'hémianesthésie sensitive et sensorielle. Enfin, la malade n'est pas réglée ; elle est très impressionnable et elle a eu sous nos yeux une crise de pleurs et d'étouffement tout à fait semblable à celles que l'on observe si fréquemment chez les hystériques.

L'hystérie à titre de cause prédisposante, les impressions morales vives à titre de causes occasionnelles, peuvent seules être invoquées pour expliquer l'apparition de ces accidents choréiques. Les troubles de la sensibilité observés chez notre malade ne suffiraient pas à la vérité pour établir ce fait, car, sans être constants, ils sont fréquents dans la chorée vulgaire, ainsi que l'ont fait remarquer Moynier, Trousseau, Grisolle et M. Lasègue. Néanmoins l'existence d'une hémianesthésie sensitive et sensorielle si nette et si complète, et l'absence de lésion encéphalique, devaient éveiller l'idée d'hystérie, et cette hypothèse étiologique devait être rapidement confirmée par les heureux résultats du traitement employé.

M. le professeur Vulpian (1) a appelé l'attention, à plusieurs reprises, sur l'influence qu'exerce la faradisation cutanée portant sur un point limité du tégument, dans certains cas d'anesthésie, dans l'anesthésie hystérique par exemple. Cette influence a été instantanée et complète chez notre malade qui, au bout de cinq ou six minutes de faradisation cutanée d'une région très limitée de l'avant-bras, avait recouvré sa sensibilité dans tout le côté anesthésié ; mais à cela ne s'est pas borné l'action de cette électrisation, car, en même temps que la sensibilité revenait, les mouvements choréiques diminuaient d'intensité pour cesser bientôt complètement. Cette suspension immédiate de l'hémichorée n'est pas moins remarquable que la disparition de l'hémianesthésie, elle peut s'expliquer de la même manière. M. Vulpian avait déjà dit que la faradisation pratiquée comme il le

(1) Vulpian. De l'influence qu'exerce la faradisation de la peau dans certains cas d'anesthésie. (*Arch. de physiol. normale et patholog.*, 1875.)

Id. Sur l'influence qu'exerce la faradisation cutanée portant sur un point limité

ı 7 minutes et a dû être interrompue à cause des plaintes de la
.lade.
Malgré cette amélioration immédiate produite par la faradisation,
Vulpian met la malade au traitement arsenical à haute dose
granules d'arséniate de soude de 1 milligr. par jour).
Le même soir, au moment de la contre-visite, cette malade qui, la
lle et le matin, était incapable de marcher et de se tenir debout
s dandinement et sans exagération de ses mouvements choréiques,
ait au service et grimpait sur les lits pour attacher les rideaux
on était en train de changer.
Le 4. La sensibilité du côté droit est très obtuse, bien que non
primée complètement; les mouvements choréiques se sont repro-
ts, mais très limités et très localisés. Plus de grimaces de la
e.
Nouvelle séance de faradisation qui ramène la sensibilité et sup-
ne les mouvements choréiques.—12 milligr. d'arséniate de soude.
Le 5. La sensibilité est presque normale à droite; les mouve-
nts sont peu accusés avant la visite. Après une nouvelle séance
faradisation, faite avec le pinceau, ils disparaissent complète-
nt. — 15 milligr. d'arséniate de soude.
Le 7. Plus de troubles du mouvement, ni de la sensibilité.— Sup-
ssion de l'arséniate de soude.
Le 8. La sensibilité est un peu moins prononcée à droite qu'à gau-
; l'on constate encore, de temps à autre, quelques petits mouve-
nts choréiques. Nouvelle séance de faradisation qui les fait dispa-
re. — On redonne à la malade 10 milligr. d'arséniate de soude.
e 18. Le traitement, par la faradisation et l'arséniate de soude,
continué et fait d'une manière régulière pour combattre les petits
vements choréiques qui ont de la tendance à se reproduire de
ps en temps. — Arséniate de soude, 15 milligr.
e 20. Guérison parfaite. On cesse la faradisation.
e 23. Suppression de l'arséniate de soude.
e 28. La guérison s'est maintenue. La sensibilité est intacte des
côtés. La malade sort de l'hôpital.
flexions. — L'observation qui précède n'est pas un exemple de
ée vulgaire et cependant, cliniquement, elle ne mérite d'autre
que celle de chorée ou de danse de Saint-Guy. Elle peut se ré-
r ainsi dans ses traits principaux. Première attaque d'hémi-
ée gauche avec hémianesthésie survenue à l'âge de 14 ans, à la
d'une frayeur; durée, cinq mois. Deuxième attaque d'hémi-
e droite survenue à l'âge de 16 ans, à la suite d'une nouvelle
ur, accompagnée d'hémianesthésie sensitive et sensorielle, amé-
e immédiatement par la faradisation d'un point limité de la peau,
e complètement en trois semaines.

Ce simple résumé met en relief le double intérêt de notre observa-tion, intérêt résidant d'une part dans la nature de cette chorée, de l'autre dans la rapidité de sa guérison sous l'influence de la théra-peutique mise en œuvre.

Nous ferons remarquer tout d'abord que notre malade n'avait eu ni rhumatisme, ni scarlatine, ni affection cardiaque, qu'il ne s'agis-sait pas en définitive d'un cas de chorée rhumatismale. Le mode de début de l'affection, tout autant que le caractère un peu spécial des symptômes observés, devait faire penser à une autre origine. Les deux attaques d'hémichorée ont débuté chez notre malade brusque-ment, sous l'influence d'impressions morales vives. Les deux fois l'hémichorée était accompagnée d'hémianesthésie sensitive et senso-rielle. Enfin, la malade n'est pas réglée ; elle est très impression-nable et elle a eu sous nos yeux une crise de pleurs et d'étouffement tout à fait semblable à celles que l'on observe si fréquemment chez les hystériques.

L'hystérie à titre de cause prédisposante, les impressions morales vives à titre de causes occasionnelles, peuvent seules être invoquées pour expliquer l'apparition de ces accidents choréiques. Les troubles de la sensibilité observés chez notre malade ne suffiraient pas à la vérité pour établir ce fait, car, sans être constants, ils sont fréquents dans la chorée vulgaire, ainsi que l'ont fait remarquer Moynier, Trousseau, Grisolle et M. Lasègue. Néanmoins l'existence d'une hé-mianesthésie sensitive et sensorielle si nette et si complète, et l'ab-sence de lésion encéphalique, devaient éveiller l'idée d'hystérie, et cette hypothèse étiologique devait être rapidement confirmée par les heureux résultats du traitement employé.

M. le professeur Vulpian (1) a appelé l'attention, à plusieurs reprises, sur l'influence qu'exerce la faradisation cutanée portant sur un point limité du tégument, dans certains cas d'anesthésie, dans l'anesthésie hystérique par exemple. Cette influence a été instantanée et com-plète chez notre malade qui, au bout de cinq ou six minutes de fara-disation cutanée d'une région très limitée de l'avant-bras, avait re-couvré sa sensibilité dans tout le côté anesthésié ; mais à cela ne s'est pas borné l'action de cette électrisation, car, en même temps que la sensibilité revenait, les mouvements choréiques diminuaient d'intensité pour cesser bientôt complètement. Cette suspension im-médiate de l'hémichorée n'est pas moins remarquable que la dispari-tion de l'hémianesthésie, elle peut s'expliquer de la même manière. M. Vulpian avait déjà dit que la faradisation pratiquée comme il...

(1) Vulpian. De l'influence qu'exerce la faradisation de la peau dans certains cas d'anesthésie. (*Arch. de physiol. normale et patholog.*, 1875.)

Id. Sur l'influence qu'exerce la faradisation cutanée portant sur un point limité

onseille n'est pas seulement utile dans le traitement de l'hémia-esthésie, mais qu'elle exerce une action favorable dans des cas d'hémiplégie récente, d'aphasie passagère, d'affaiblissement des facultés intellectuelles et cela sans doute grâce à l'ébranlement que détermine à distance cette forte excitation périphérique sur les parties des centres nerveux dont le fonctionnement est momentanément interrompu par suite de troubles circulatoires ou d'autres désordres difficiles à préciser. Cette même interprétation peut être appliquée à l'influence favorable exercée sur l'hémichorée de notre malade par la faradisation cutanée; c'est du reste l'interprétation que M. Vulpian nous a proposée lui-même et que nous reproduisons d'après ses conseils. Ajoutons que la double action curative, obtenue par l'électrisation cutanée chez cette jeune hystérique, permet à la fois d'attribuer une même origine à son hémianesthésie et à son hémichorée, et de placer dans des régions très voisines de l'encéphale le siège des troubles fonctionnels qui ont donné naissance à ces accidents. Les analogies de cette hémichorée avec l'hémichorée symptomatique sont assez grandes pour qu'on soit tenté de localiser ces désordres dans la partie postérieure de la capsule interne, comme a proposé M. Raymond (1). Mais c'est là une question que l'on ne peut que soulever sans la résoudre complètement.

L'heureux et rapide résultat thérapeutique obtenu chez notre malade par la faradisation cutanée forte d'un point limité de l'avant-bras nous paraît être le fait le plus important de cette communication. Ce fait est en contradiction avec les affirmations des médecins allemands très autorisés qui se sont occupés de cette question: Romberg, Benedickt, Remack, Rosenthal, etc., qui préconisent dans le traitement de la chorée l'emploi des courants continus, sont tous d'accord, dit M. Raymond (2), pour admettre la parfaite inutilité et même les inconvénients des courants interrompus. Le succès obtenu dans le cas que nous venons de rapporter tient sans doute à la cause de cette chorée, manifestement d'origine hystérique; il n'en est pas moins réel et très remarquable, si surtout l'on tient compte de ce fait que cette malade, il y a deux ans, a passé cinq mois à l'hôpital des Enfants-Malades pour une hémichorée tout à fait semblable à celle que nous avons observée et dont la guérison, cette fois, était complète au bout de quelques jours.

---

tégument, dans les cas d'anesthésie due à des lésions cérébrales, à l'intoxication saturnine, à l'hystérie, au zona. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1879.)

(1) Raymond. Hémichorée et hémianesthésie symptomatique. Th. de doctorat, 1876.

(2) Raymond, Art. Danse de Saint-Guy. *Dict. encyclop.*

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE

CONTRE LA CONSTIPATION HABITUELLE, LES HÉMORRHOIDES

ET LA COLIQUE HÉPATIQUE.

« Un grand nombre d'accidents morbides
« la cause paraît ignorée sont dus à un état
« constipation habituel.

. . . .

« Loin de modifier heureusement la consti-
tion, les purgatifs l'augmentent et la ren-
presque invincible. »

Professeur TROUSSEAU.

Les expériences nombreuses faites depuis sept ans dans les hôpi- ont démontré l'efficacité de la *Podophylle* dans la constipation h- tuelle, ainsi que dans les hémorrhoïdes internes et la colique hépati-

Ces pilules régularisent les fonctions digestives et procurent tous matins une garde-robe naturelle. Elles peuvent être employées aucun inconvénient, même chez les femmes enceintes et les enfants. En guérissant la constipation, elles évitent les nombreux accidents elle est si souvent la cause.

Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de changer au régime.

Prix : 3 *francs la boîte* dans toutes les pharmacies.

GRANULES TROIS CACHETS

PHOSPHURE DE ZINC

4 MILLIGR. (1/2 MILLIGR. DE PHOSPHORE ACTIF)

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Z cristallisé. On peut donc être assuré de la pureté du produit et effets qu'on est en droit d'en attendre.

Nous rappelons que le Phosphure de Zinc a été administré avec le grand succès en France, en Angleterre, en Allemagne et en Améri où l'on en fait le plus grand usage dans la chlorose, les anémies, les morrhagies utérines, etc., où il agirait beaucoup mieux que le fer, que au même titre d'excitant général de la nutrition. — Dans les vralgies et les névroses en général, dans l'hystérie, dans la scro c'est-à-dire dans un très grand nombre de manifestations

Prix : 3 *francs le flacon* dans toutes les pharmacies.

2e Année. — Tome I. — N° 43. Jeudi 13 Avril 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 12 *avril* 1882.

M. Nielly, professeur d'hygiène et de pathologie exotique à l'école de médecine navale de Brest, a présenté hier à l'Académie un jeune mousse de 14 ans atteint d'une affection singulière et non encore observée en France. M. Nielly incline à penser qu'il s'agit là du craw-craw, observé en 1875 par O'Neill sur des noirs de la Côte-d'Or (Afrique). Le craw-craw, que M. Nielly a lui-même décrit dans un manuel de pathologie exotique que nous avons analysé ici l'année dernière, le craw-craw est constitué par des papules prurigineuses simulant la gale invétérée et bientôt remplacées par des vésico-pustules. Si au moyen d'un scalpel bien tranchant on fait une coupe nette de la vésico-pustule, et si l'on examine soit la coupe elle-même, soit le liquide que l'on peut faire sourdre par pression de la vésico-pustule, on observe dans la préparation des embryons de filaire très vivaces qui ne tardent pas à mourir en s'allongeant.

La description du craw-craw répond bien aux faits constatés chez le jeune mousse de M. Nielly. Reste à connaître l'origine de cette affection dans un lieu où elle n'avait jamais été observée.

La discussion sur le chloroforme a eu hier un caractère presque uniquement physiologique. M. Vulpian répondait aux questions posées dans la dernière note de M. Le Fort. La syncope cardiaque, demande M. Le Fort, peut-elle se produire aussi facilement chez un individu profondément chloroformé que chez un individu moins chloroformé ? Par suite, à quel degré est-il convenable que le chirurgien arrête la chloroformisation? M. Vulpian n'en sait rien, mais ce qu'il sait bien, c'est que les malades profondément chloroformés peuvent avoir une syncope cardiaque et que dans ces cas la syncope est presque toujours mortelle, à cause de la perte de la réflectivité des ganglions cardiaques. Il s'agit ici de la syncope cardiaque, très rare ; la syncope respiratoire est beaucoup moins dangereuse, en revanche elle est beaucoup plus fréquente, c'est celle que l'on observe habituellement dans les anesthésies.

Dans cette même séance M. Thiernesse, de Bruxelles, a été nommé membre correspondant étranger de l'Académie à la presque unanimité des votants. A. Ch.

REVUE CRITIQUE

Le progrès en médecine par l'expérimentation,

Par M. le Dr H. Barth.

Dans le domaine chaque jour plus vaste qui s'ouvre aux progrès de la médecine expérimentale, il est un champ particulièrement fécond, dont elle s'est emparée dès ses débuts, et où elle a trouvé ses plus belles conquêtes : c'est la médecine vétérinaire, et plus spécialement celle de ses branches qu'on pourrait appeler la médecine publique des animaux.

Depuis que les Rayer, les Davaine, les Pasteur et leurs émules ont démontré la nature spécifique et contagieuse de la plupart des épizooties, depuis qu'ils sont parvenus à isoler l'agent infectieux de plusieurs d'entre elles, la médecine des animaux a changé de face, et une prophylaxie vraiment scientifique a, sinon arrêté, du moins atténué dans une proportion considérable les ravages causés par la morve, par le charbon, par la peste bovine et tant d'autres plaies du même genre.

Ces brillants résultats sont-ils le prélude d'autres découvertes plus brillantes encore? L'expérimentation fera-t-elle pour la médecine humaine ce qu'elle a commencé avec tant de succès pour la médecine vétérinaire?

Beaucoup de bons esprits n'hésitent pas à le croire, et parmi ceux qui partagent ces espérances, M. le professeur Bouley est à coup sûr un des plus convaincus, comme il est un des plus autorisés.

Le progrès en médecine par l'expérimentation, tel est le sujet du premier cours professé par lui dans la chaire de pathologie comparée nouvellement créée au Muséum. Dans cette série de leçons, qui forment comme la préface de son enseignement nouveau, le célèbre professeur s'est proposé de montrer par les plus frappants exemples quelle révolution s'est opérée dans les doctrines pathologiques sous l'influence des recherches expérimentales, et quels importants progrès ont été réalisés depuis que cette puissante méthode d'investigation est venue au secours de l'observation pure. Un tel programme offrait un intérêt particulier au lendemain des brillants travaux de M. Pasteur et de son école sur l'isolement et la culture des microbes infectieux ; il fournissait l'occasion d'une revue d'ensemble des principales découvertes faites depuis peu dans le domaine des maladies spécifiques et contagieuses. M. Bouley s'est acquitté de cette tâche difficile avec l'autorité que lui donne sa haute situation scientifique, avec le charme d'exposition et l'élégance de style qu'on retrouve dans tous ses ouvrages.

(1) Le progrès en médecine par l'expérimentation, par M. Bouley, membre de l'Institut, leçon professée au Muséum. In-8. Paris, chez Asselin.

S'il est une maladie dont l'origine contagieuse ait été niée avec autant de conviction que d'acharnement, c'est assurément la morve : en dépit des faits les plus significatifs, on s'obstinait à l'attribuer à des influences extérieures diverses, au froid, à l'humidité, à l'épuisement, à la mauvaise alimentation, jusqu'au jour où Rayer, en inoculant avec succès au cheval la morve contractée par le palefrenier Prost, renversa d'un seul coup tout l'échafaudage des vieilles doctrines, et relégua les influences accidentelles à leur rang étiologique véritable, celui des causes prédisposantes. Cette histoire si instructive, M. Bouley s'est borné à en rappeler les faits principaux dans quelques-unes de ses premières leçons, mais il l'a racontée tout au long dans un autre ouvrage, dans l'article Morve du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer le lecteur à cet admirable travail, trop peu connu des médecins, dans lequel une des aberrations les plus singulières de l'observation pure est relatée avec autant de sincérité que de modestie par un savant qui a longtemps partagé l'erreur commune.

La liste serait longue des maladies autrefois considérées comme d'origine cosmique ou spontanée, et dont l'étiologie banale a été remplacée, grâce à l'expérimentation scientifique, par une cause simple, nette, absolue : la contagion. Un des faits les plus frappants en ce genre nous est fourni par l'histoire de la maladie connue sous le nom de cachexie aqueuse du mouton. Cette affection singulière, qui semblait être l'apanage des années pluvieuses et des pays marécageux, était jusqu'aux travaux de Davaine attribuée à l'humidité : les faits cliniques plaidaient tous dans ce sens, et la physiologie s'était évertuée à interpréter par la saturation aqueuse les accidents d'anémie et d'anasarque, observés chez les animaux qui avaient fréquenté les pâturages humides. Cependant le grand savant qui a renouvelé l'helminthologie soupçonne un rapport de cause à effet entre la maladie vermineuse spéciale étudiée dix ans plus tôt par Blanchard dans le foie des moutons cachectiques, et la grave altération du sang qui paraît constituer cette cachexie; quelques faits cliniques offrant la valeur d'expériences véritables viennent corroborer son hypothèse, et peu à peu la lumière se fait. C'est la douve du foie qui en se développant dans les canaux biliaires altère profondément l'organe hépatique et le sang par conséquent; c'est le même parasite dont l'embryon versé avec la bile dans l'intestin et rejeté au milieu des excréments va continuer sa vie dans l'eau et y subira plusieurs métamorphoses pour être de nouveau ingéré à l'état de cercaire par les animaux chez lesquels il reproduira la maladie. Ainsi la contagion existe bien, car les moutons malades répandent partout le germe nuisible mélangé à leurs déjections; ainsi en même temps s'explique l'influence

pernicieuse des pluies excessives et de la stagnation des eaux, ne déterminent pas la maladie, mais qui la préparent en favoris… la diffusion et le développement des germes.

Cette histoire singulière nous rappelle, par de frappantes analog… celle de la *filaria sanguinis*, ce curieux parasite des pays ch… que Lewis et Manson nous ont appris à connaître, et dont l'embry… puisé dans le sang de l'homme par la piqûre du moustique, se d… loppe dans l'estomac de cet insecte, puis, mis en liberté dans l… après la mort de son hôte, est avalé avec cette eau par l'homme… le système lymphatique va lui offrir un habitat définitif. Jusqu'… dernières années, les maladies variées qui sont l'expression cli… de la filariose étaient attribuées aux conditions climatériques, à l'… midité, à l'influence palustre, et il n'y a pas encore si longt… qu'un médecin distingué de la marine bâtissait laborieusement … théorie humorale destinée à expliquer l'hémato-chylurie des … chauds. Mais chaque jour des faits nouveaux viennent battre e… che cette étiologie tout hypothétique et asseoir la doctrine p… sitaire sur les bases les plus solides.

Mais revenons au livre de M. Bouley. La plus grande partie e… consacrée à l'étude de l'inoculation expérimentale et de ses résul… Dans un tel exposé la question si intéressante de la vaccinatio… de la variolisation ne pouvait être oubliée : l'éminent profess… dans un chapitre fort complet, a mis sous nos yeux toute l'hist… de la vaccine et nous montre comment, après mille difficultés et … erreurs, la doctrine de Jenner sur l'origine équine du cow-pox … reconnue vraie, comment l'identité du horse-pox, du cow-pox … la vaccine a été mise hors de doute. La question des rapports … la variole et la vaccine est moins nettement résolue : malgr… efforts de M. Bouley pour concilier les conclusions de la Comm… lyonnaise avec les résultats absolument opposés de Ceely et de … cock, de Ritter et de Thiélé, des incertitudes subsistent. La va… inoculée dans certaines conditions à la vache, rend-elle le cow-… c'est-à-dire la vaccine? M. Bouley, appuyé sur les célèbres exp… ces de Chauveau, n'hésite pas à le nier, mais à l'étranger des … nombreuses l'affirment. Où est la vérité? La *nouvelle lymph…* ramment employée depuis trente ans en Angleterre est-elle de la … cine ou de la variole? La chose ne devrait pas être incerta… puisqu'elle soulève des doutes, il y aurait lieu, ce nous semb… chercher à l'éclaircir à tout prix. Ce serait l'honneur de l'Asso… internationale des sciences médicales de provoquer à ce suj… grande enquête expérimentale qui, poursuivie à la fois dans … pays d'après un programme unique arrêté d'avance, ne manq… pas de fournir enfin la solution du problème.

Les immortels travaux de M. Pasteur et de ses élèves sur l'…

lation préventive du choléra des poules, ceux de MM. Toussaint et Pasteur sur le sang de rate, de MM. Arloing, Cornevin et Thomas sur le charbon symptomatique, sont aujourd'hui bien connus, et leurs résultats ne sont plus guère contestés que par les pires des aveugles, ceux qui ne veulent pas voir. M. Bouley, qui est lui-même un adepte convaincu de la doctrine de l'atténuation des virus, passe en revue toutes ces découvertes et les soumet à un examen critique aussi impartial qu'approfondi, non sans quelques remarques sévères à l'usage des contradicteurs systématiques qui altèrent les conditions des expériences pour se donner le facile plaisir de ne pouvoir les reproduire, et qui ont transporté dans le domaine scientifique la tactique de l'obstructionisme jusqu'ici réservée aux politiciens.

Le volume se termine par six leçons consacrées au résumé des travaux de M. Pasteur sur la maladie ou plutôt sur les maladies des vers à soie, la *pébrine* et la *flacherie*. M. Bouley ne pouvait trouver pour démontrer la toute-puissance de l'expérimentation un meilleur exemple que ces admirables recherches si bien reliées entre elles, si logiques, si concordantes qu'elles ne laissent aucune place au hasard, ni aucun prétexte au doute. Avec M. Pasteur, tout ce qui était obscur devient clair ; dans le chàos pathologique dit « la maladie des vers à soie, » on distingue nettement deux types, deux entités morbides différentes : la pébrine ou maladie corpusculaire, affection héréditaire, contagieuse et inoculable, qui décime et détruit les éducations provenant d'une graine impure ; la flacherie, sorte de pourriture, déterminée par un vibrion spécial, transmissible surtout par voie miasmatique et grandement favorisée par l'humidité des feuilles de mûrier. Quant aux moyens prophylactiques et curatifs, ils sont parfaitement indiqués : désinfection et hygiène des magnaneries pour la flacherie, éducation et grainage cellulaires pour la pébrine, et la sériciculture sera sauvée.

Tel est dans ses grandes lignes cet important ouvrage, qui est destiné à prendre rang parmi nos meilleurs livres de vulgarisation scientifique. Quant à l'avenir de la méthode expérimentale dans le champ de la médecine humaine, jusqu'à quel point les espérances de M. Bouley sont-elles fondées ? Il est bien difficile de le prévoir actuellement. Dès qu'il s'agit de l'homme et non plus des animaux, le terrain de l'expérimentation se rétrécit singulièrement : la conscience du médecin s'oppose à des recherches qui, utiles à l'humanité en général, sont ordinairement nuisibles au sujet en expérience. Force est donc de recourir encore aux animaux, et de conclure par analogie. Mais ici que de causes d'erreurs ! Si dans le domaine des maladies spécifiques et contagieuses, communes à plusieurs espèces, les résultats obtenus chez les animaux sont, jusqu'à un certain point, applicables à l'homme, il n'en est plus de même quand il s'agit des

maladies de cause interne, des grandes phlegmasies et surtout des maladies constitutionnelles. Ici l'expérimentateur, incapable de reproduire des maladies véritables, ne fait que provoquer des lésions grossières dont la marche et les effets, influencés par le tempérament propre à chaque espèce, ne ressemblent nullement à l'évolution naturelle des maladies humaines. Les difficultés sont donc grandes, ce qui ne veut pas dire qu'elles soient invincibles : ce que l'observation seule n'a pas su faire, ce que l'expérimentation livrée à elle-même est incapable de tenter, l'union intime et féconde des deux méthodes le réalisera progressivement, et ce sera l'honneur de notre époque d'avoir senti et proclamé la nécessité de cette union.

REVUE DE LA PRESSE

Sacrifices humains. — Il n'est pas très rare chez les aliénés de voir se manifester des tendances à consommer des sacrifices humains. Tous les traités de médecine mentale citent des exemples de ces Abraham modernes. *The Chicago medical Review* (15 mars) en rapporte un nouveau cas observé chez un malade de Providence, dans l'île de Rhodes. Sous l'influence d'hallucinations dans lesquelles Dieu lui commandait cet acte, cet homme construisit dans sa maison *un bûcher* qu'il arrosa d'huile, puis attacha son jeune enfant qu'il plaça sur le feu et tomba à genou en demandant la bénédiction du ciel en échange de ce sacrifice. Il se préparait à allumer le feu lorsque par bonheur il fut surpris et arrêté.

On avait certainement remarqué déjà chez cet homme des signes d'aliénation mentale, mais comme il pouvait continuer son travail, on avait attaché peu d'importance à ses excentricités.

Applications locales d'acide salicylique dans le rhumatisme. — Le Dr *Charles Orton* (*British medical journal*, 7 janvier) applique sur les articulations malades, dans le rhumatisme articulaire aigu, des compresses imbibées d'une solution de salicylate de soude et en obtient rapidement un grand soulagement. Ce moyen mettrait sans doute à l'abri des inconvénients causés par le salicylate de soude employé à l'intérieur et il mérite qu'on en fasse l'essai.

Les yeux des indiens. — Le Dr *L. Webster Fox* (*Philadelphia medical Times*, 25 février) a examiné les yeux des jeunes Indiens qui fréquentent l'école gouvernementale de Carlisle en Pennsylvanie. Sur 27 familles contenant 161 garçons et 89 filles, soit au total 250 enfants, il a trouvé 237 emmétropes, 4 hypermétropes, 6 myopes, 3 cas d'astigmatisme simple avec hypermétropie. Quelques maladies dues à leur climat existent parmi les Indiens. L'acuité visuelle est

en général plus élevée que parmi les blancs. Les vices de réfraction et les affections du fond de l'œil se rencontrent chez les enfants qui fréquentent l'école depuis plusieurs années et dans les familles à demi civilisées; c'est une nouvelle preuve de ce fait que la fatigue des yeux dans l'enfance et le travail de près ont une tendance à développer la myopie.

Les Indiens sont moins sujets à la dyschromatopsie que ne le sont les individus des autres races. Leur acuité du sens des couleurs est problablement due à ce qu'on leur apprend les couleurs dès l'enfance. L'ouverture palpébrale est plus petite que chez les blancs; il y a une diminution apparente du volume du globe de l'œil qui semble plus enfoncé dans l'orbite. La cornée est chez eux moins bombée, la chambre antérieure moins profonde et la pupille plus petite.

Ces recherches sont intéressantes au point de vue de l'oculistique et de l'anthropologie.

Injections hypodermiques d'iodoforme dans la syphilis. — Le Dr *Thomann* (*Centralblatt für die Medicinischen Wissenschaften, n° 44,* 1881) emploie dans le traitement de la syphilis des injections hypodermiques d'iodoforme suspendu dans la glycérine, dans la proportion de six pour vingt. Il commence par injecter 30 centigrammes d'iodoforme et va progressivement jusqu'à 45. Il s'est également servi d'iodoforme dissous dans l'huile. Il ne se fait pas d'abcés au niveau de la piqûre, mais lorsqu'on se sert de l'huile iodoformée, il se fait une assez vive réaction à la surface de la peau.

Les mélanges d'iodoforme et de glycérine ou d'huile doivent être faits immédiatement avant le moment de s'en servir; sans cela il se ferait une décomposition qui mettrait l'iode en liberté. On retrouve l'iode dans les urines deux heures après les injections d'iodoforme; l'odeur du médicament se fait également sentir dans la sueur et dans l'air expiré. Beaucoup de nos confrères verront là une raison très suffisante pour ne pas employer ce médicament. Cependant les résultats sont bons, paraît-il. Toutefois, il convient d'ajouter encore qu'il peut y avoir une intoxication par l'iodoforme, et la possibilité de cette complication ne doit pas être perdue de vue. A. Ch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 *avril* 1882. — *Présidence de* M. Hardy.

M. Legouest, président du conseil de santé des armées, adresse à l'Académie le relevé, fait sur la demande du ministre de l'instruction publique, des médecins militaires, morts victimes de leur dévouement professionnel depuis quatre ans. Ce nombre est de 57.

CARACTÈRE DISTINCTIF DES CHAMPIGNONS. — *M. Chatin* fait un rapport sur un travail de M. Boudier (de Montmorency), candidat au titre de membre correspondant national.

ÉLECTION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant étranger dans la troisième division (médecine vétérinaire).

La commission avait présenté les candidats dans l'ordre suivant: En 1re ligne, M. Thiernesse (de Bruxelles); en 2e ligne, M. Roll (de Vienne); en 3e ligne, M. Fleming (de Londres).

Sur 47 votants, majorité 23, M. Thiernesse est élu au premier tour de scrutin par 46 voix contre 1 donnée à M. Roll.

LE CRAW-CRAW. — *M. Nielly*, professeur de pathologie exotique à l'école navale de médecine de Brest, présente un mousse de 14 ans. atteint d'une sorte de pseudo-gale. La présence des papules lui a été révélée par des démangeaisons. Le prurit est d'ailleurs assez léger.

Les papules et vésico-pustules sont disséminées sur le bras et l'avant-bras gauches, confluentes sur le dos de la main, il n'y a rien dans les espaces interdigitaux. Le membre supérieur droit est beaucoup moins atteint. Il y a de même quelques papules sur le tronc et les membres inférieurs.

En piquant le sommet d'une vésico-pustule on trouve des nématoïdes. L'animal est facilement visible au microscope. C'est un vers incolore, transparent, mesurant 333 millièmes de millimètres de longueur et 1 millième de millimètre de diamètre. C'est une filaride ou une anguillule.

Après l'examen clinique et l'examen de l'animal, l'idée du *craw-craw* de la côte d'Afrique vint à l'esprit de M. Nielly; le craw-craw a été décrit par M. O'Neill dans *the Lancet* de 1875; malheureusement cette description est très incomplète et les dessins très mauvais.

M. Nielly ignore d'où provient cette affection. Les urines ne contiennent rien de particulier. Le sang, au contraire, renferme un grand nombre de ces animalcules.

Il paraît donc exister en France une dermatose spéciale, qui est ou non le craw-craw, mais absolument nouvelle pour les observateurs des pays tempérés.

M. Nielly espère guérir cet enfant par des lotions d'acide phénique et des frictions d'onguent mercuriel.

M. Rochard n'a jamais rien vu de semblable.

M. Colin (d'Alfort) désire établir un rapprochement entre la maladie qui vient d'être signalée et quelques faits observés chez le mouton et chez le chien. Les filaires trouvées par M. Colin peuvent vivre pendant très-longtemps dans l'eau, il est donc probable que c'est là leur moyen de transmission.

M. Baillet (de Toulouse), membre correspondant. M. Aulagnier.

professeur à l'école vétérinaire de Toulouse, a fait des observations du même genre chez le chien. Chez le cheval de même, on a déjà signalé cette affection et cela surtout chez les animaux qui proviennent de Hongrie.

M. Colin (d'Alfort), dans un travail présenté il y a seize ans (1866) à l'Académie, a montré le mode de reproduction de ces filaires.

Le chloroforme anesthésique. — *M. Vulpian.* Dans sa note lue dans la dernière séance, M. Le Fort a posé à M. Vulpian une question sur l'action du chloroforme sur le cœur et les poumons.

Lorsqu'il s'agit de la syncope cardiaque, c'est une action réflexe véritable. Dans la syncope respiratoire, il y a, au contraire, une excitation portée sur le nerf sensitif, excitation qui gagne le centre respiratoire où elle exerce une action inhibitoire, un phénomène d'arrêt; il n'y a rien là qui parte du bulbe.

Ce qui fait la gravité de la syncope cardiaque, c'est que le cœur et les ganglions cardiaques ne sont pas dans un état normal, ils sont modifiés et affaiblis. L'excitation due à l'opération peut déterminer une syncope; si l'individu est chloroformé, les ganglions du cœur ont perdu de leur énergie et de leur élasticité ; s'il y a syncope dans ces conditions le cœur pourra ne pas reprendre ses mouvements, d'où la syncope mortelle.

La syncope cardiaque, demande M. Le Fort, peut-elle se produire aussi facilement chez un individu profondément chloroformé que chez un individu moins chloroformé ? M. Vulpian n'en sait rien; mais cet animal profondément chloroformé peut avoir une syncope, car l'action réflexe n'est pas complètement éteinte, et alors la syncope est presque toujours ou même toujours mortelle, car les ganglions ont perdu leur fonctionnement.

Heureusement cette syncope cardiaque est extrêmement rare, car si elle était aussi fréquente que la syncope respiratoire, personne ne ferait plus de chloroformisation.

Le tableau est beaucoup moins sombre pour la syncope respiratoire. Plus l'individu est profondément chloroformé, plus cette syncope est facile. Une expérience faite par M. Vulpian, sur un chien, montre que la syncope respiratoire est beaucoup plus facile que la syncope cardiaque. La syncope respiratoire est beaucoup moins grave que l'autre.

M. Vulpian a cru un moment que, dans la syncope respiratoire, il était bon de faradiser un point du corps, mais ces excitations vont à l'encontre du but que l'on veut atteindre, car elles ont pour effet de diminuer l'action du bulbe.

M. Colin (d'Alfort). Il est dans l'anesthésie des accidents qu'il est très difficile d'expliquer, par exemple des faits dans lesquels l'animal meurt après la cessation de l'anesthésie.

Il est très possible d'évacuer toujours la totalité des fragments par la sonde évacuatrice quand la vessie se contracte bien.

L'aspiration n'est réellement utile que lorsque la vessie ne se contracte pas, ou ne se contracte pas assez complètement pour se vider par la sonde évacuatrice.

Enfin, le chloroforme, quand la sensibilité organique du col et du corps vésical ne persiste pas pendant la résolution complète, est utile en supprimant toutes les causes réflexes d'excitation vésicale due à la crainte préventive, à la pusillanimité, aux efforts involontaires de l'opéré et à la douleur.

L'éminent spécialiste a publié ce nouvel ouvrage moins peut-être pour exposer à nouveau sa pratique, que pour protester contre les dangers de la lithotritie trop forcément rapide, pratiquée actuellement par quelques chirurgiens sur l'instigation du Dr Bigelow, de Boston A. Ch.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 27 mars au 1er avril 1882.

Vincenslas Bartosjewicz. Traitement des affections cutanées par les scarifications. — Desprez. Essai sur la symptomatologie du cancer primitif du larynx. — Michon. Des moyens chirurgicaux employés comme traitement de la névralgie faciale rebelle. — Charrière. Considérations sur les rapports de l'hystérie avec la paralysie générale. — Piot. Recherches expérimentales sur la mort apparente dans l'asphyxie et son traitement par un procédé nouveau de respiration artificielle. — Pélix. Du retard du pouls artériel. — Coupard. Tuberculose de la voûte crânienne et tuberculose osseuse. — Hutin. De l'épithélium tubulé. — Osorio. Recherches sur l'exostose sous-unguéale du gros orteil. — Henry de Launay. De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — Cavayé. Etude sur les fractures du col de l'omoplate et de la cavité glénoide. — Goudounèche. Contribution à l'étude de la fièvre herpétique.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 20 mars 1882, M. Vulpian, ancien doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé doyen honoraire de cette Faculté.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Alphonse Mossé, professeur agrégé, est chargé du cours de pathologie médicale, en remplacement de M. le Dr Moriez.

Ecole de médecine de Marseille. — M. le Dr Laget, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur d'hygiène et de médecine légale, en remplacement de M. le Dr Seux, démissionnaire.

Hôpitaux de Lille. — Ont été nommés internes pour une période de deux années à partir du 1er janvier 1882 : MM. Curtis, Gœthals, Boulinguiez, Gros, Lesur et Legay. Le prix de l'internat pour 1881 a été remporté par M. E. Bellard.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'assemblée générale de l'Association générale des médecins de France aura lieu le dimanche 16 avril, à 3 heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Voici l'ordre du jour de cette séance :

Allocution par M. le Président.

Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. le Dr Brun, trésorier.

Rapport sur cet exposé, par M. le Dr Boutin.

Rapport sur l'ensemble des actes de l'Association pendant l'exercice 1881, par M. le Dr Martineau, vice-secrétaire.

Rapport sur les pensions viagères dont le Conseil général propose l'obtention, par M. le Dr Pénard, de Versailles.

Elections d'un vice-président, d'un secrétaire général et de huit membres du Conseil général.

A 7 heures, le banquet offert aux présidents et délégués des Sociétés locales, à l'Hôtel Continental, rue de Castiglione.

On souscrit, directement ou par lettre, chez M. Brun, trésorier de l'Association, rue d'Aumale, 23. — Prix de la souscription : 20 francs.

Banquet de l'internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 15 avril, à 7 heures, chez Le Mardeley, 100, rue de Richelieu.

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs pour les anciens internes, et à 16 francs pour les internes en exercice.

On peut verser le montant de la cotisation entre les mains de l'interne en médecine économe de la salle de garde de chaque hôpital, ou le remettre à l'un des commissaires du banquet : M. le Dr Bottentuit, 56, rue de Londres, et M. le Dr Piogey, 24, rue Saint-Georges.

Bulletin de la mortalité *du* 31 *mars au* 6 *avril* 1882. — Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 15. — Rougeole, 23. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 70. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 9. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 55. — Phthisie pulmonaire, 252. — Autres tuberculoses, 20. — Autres affections générales, 75.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 79.

Bronchite aiguë, 41. — Pneumonie, 105. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 52; au sein et mixte, 30; inconnu, 7. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 133; l'appareil circulatoire, 75; l'appareil respiratoire, 88; l'appareil digestif, 59; l'appareil génito-urinaire, 17; la peau et du tissu lamineux, 7; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 2; causes non définies, 1. — Morts violentes, 42. — Causes non classées, 10. — Nombres absolus de la semaine, 1.337.

Résultats de la semaine précédente : 1.314.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 44 SAMEDI 15 AVRIL 1882

LA 'RANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
AHAYE et E. LECROSNIER
Place
École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

esser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 44. Samedi 15 Avril 1882

LA FRANCE MÉDICALE

De l'hystérie viscérale (1).

Par M. le Dr Henri HUCHARD,

Médecin de l'hôpital Tenon.

Dans cet article, nous n'avons pas la prétention de passer en revue *tous* les accidents pouvant caractériser l'*hystérie viscérale*. Quelques-uns d'entre eux sont déjà étudiés à propos des *troubles vaso-moteurs* de l'hystérie (hématémèses, hémoptysies, métrorrhagies ou ménorrhagies, polyurie, ischurie et anurie hystériques, etc.,) ou encore au sujet des *troubles moteurs* et *sensitifs* (rétention d'urine, entéralgie, hystéralgie, douleurs du plexus rénal, douleurs vésicales ou ovariennes, angine de poitrine, etc.).

Nous décrirons plus particulièrement : l'*hystérie gastro-intestinale*, l'*hystérie laryngée*, l'*hystérie broncho-pulmonaire* et l'*hystérie cardiaque*.

A. — L'HYSTÉRIE GASTRIQUE comprend la *gastralgie* (cardialgie, cardiodynie, gastrodynie hystérique), les *vomissements spasmodiques*, *l'anorexie hystérique*.

I.— La *gastralgie* peut être un des premiers phénomènes qui annoncent le développement de la névrose, au point même que Cullen, frappé par ce fait, avait cru devoir assigner à l'hystérie une origine stomacale. Il est évident que des douleurs gastralgiques ont été notées souvent dans les antécédents des malades, mais il est probable qu'elles s'étaient alors développées sous l'influence d'un état chloro-anémique que Briquet a dû méconnaître lorsqu'il a écrit : « Quand une jeune fille éprouve de la gastralgie dès son enfance, on peut être assuré que plus tard elle deviendra hystérique. » Toujours est-il que cette gastralgie, bien distincte de l'épigastralgie, donne lieu de temps en temps à des douleurs plus ou moins vives après l'ingestion des aliments, douleurs suivies de vomissements et accompagnées d'éructations gazeuses très fréquentes, d'un tympanisme souvent considérable de la région stomacale, de pulsations abdominales ou épigastriques énergiques, de perversions bizarres de l'appétit ou d'appétences étranges ; en même temps, les malades se plaignent de sensation de fer chaud, de constriction à l'épigastre avec tendance aux lipothymies. — A un degré plus élevé, les douleurs sont encore

(1) Ce travail est extrait d'un ouvrage sur les *névroses* qui doit paraître très prochainement. (Paris, un vol. grand in-8° de 1200 pages, chez Germer-Baillière, éditeur.)

plus violentes ; elles surviennent dès que la moindre parcelle alimentaire a touché la muqueuse gastrique ; elles sont comparées à une sensation de brûlure, de constriction extrêmement pénible et sont suivies de vomissements incessants, incoercibles. Cet état peut durer des mois, et alors, lorsque l'appétit est conservé, dit Briquet, il peut se faire que, pour ces malades, la journée se passe à manger pour remplacer ce qu'elles viennent de vomir, et à vomir pour se débarrasser de ce qu'elles viennent de manger.

Cet état peut persister des mois, et alors deux éventualités peuvent se présenter :

a. — Dans la première, l'état général reste le même et ne s'aggrave pas ; il n'y a pas ou il y a peu d'amaigrissement, les forces sont à peu près conservées. C'est ainsi que Briquet cite l'exemple d'une jeune fille hystérique et paraplégique qui, pendant toute la durée du choléra de 1849, ne cessa pas un jour de vomir tout ce qu'elle prenait d'aliments, ce qui ne l'empêcha pas de conserver de l'embonpoint et de sortir indemne de l'épidémie. Une autre hystérique observée par M. Bernutz ne put, en raison de la douleur très violente provoquée par la moindre ingestion alimentaire et des vomissements incessants, se nourrir pendant six mois qu'avec des lavements de bouillon et de vin, et cela sans grand dommage pour sa santé générale. Nous avons nous-même vu une femme qui eut à souffrir pendant quatre mois, au moment de sa ménopause, d'accidents nerveux divers, parmi lesquels une gastralgie avec vomissements paroxystiques souvent répétés et abondants ; la nature hystérique de ces accidents nous a été révélée par leur disparition subite et par l'intégrité absolue de l'état général. — L'absence d'amaigrissement ne peut s'expliquer que par une perturbation fréquente chez les hystériques, dans les fonctions d'assimilation et de désassimilation. En effet, dans le cas de Bernutz et dans le nôtre, l'urine peu abondante renfermait très peu de sels et d'urée, comme dans les faits bien connus de vomissements avec anurie, avec cette différence toutefois que les vomissements n'étaient pas entièrement subordonnés à la diminution de l'urée dans les urines.

b. — La seconde éventualité présente un pronostic plus grave, lorsque cette *salutaire* perversion de la nutrition fait défaut. Alors les douleurs continuelles, les vomissements incessants jettent la malade dans un état d'amaigrissement et d'épuisement considérables, qui peut aboutir à la cachexie et même à la mort, fait heureusement très rare. On cite toujours à ce sujet la fille d'un éminent médecin qui mourut de gastrodynie hystérique après plusieurs années de tortures douloureuses, sans que l'autopsie eût fait découvrir la moindre altération anatomique. D'autres fois, c'est indirectement que ces troubles gastriques aboutissent à un dénouement fatal ; l'état de marasme

dans lequel tombent les malades favorise chez eux l'éclosion de la tuberculose à laquelle elles ne tardent pas à succomber.

Cette *hyperesthésie de la muqueuse gastrique* ne doit pas être confondue avec l'hyperesthésie du pharynx et de l'œsophage, état des plus pénibles et heureusement des plus rares, qui met les malades dans l'impossibilité de s'alimenter et qui peut même, d'après un fait cité par Royer-Collard, occasionner la mort. Dans ce cas, la moindre parcelle d'aliments qui vient toucher la muqueuse devient extrêmement pénible et douloureuse, les malades rejettent presque immédiatement les liquides ou solides qu'ils ont pu ingérer et qui sont toujours arrêtés avant leur arrivée dans l'estomac par un spasme du pharynx ou de l'œsophage auquel même peut s'ajouter un spasme laryngé, cause de suffocation. A ce degré, les malades peuvent être même atteintes de cette *pseudo-hydrophobie* nerveuse par spasme pharyngo-œsophagien, bien différente en cela de l'hydrophobie nerveuse d'origine mentale. Mais, dans tous ces cas, il s'agit de régurgitations et non de vomissements, et par conséquent d'accidents dont le siège est à la partie supérieure du tube digestif, et non à l'estomac.

Ainsi donc, la *gastrodynie* hystérique peut se manifester sous deux formes : l'une *bénigne* qui n'a aucun ou qui n'a qu'un faible retentissement sur l'état général, et qui est la plus commune ; l'autre *grave*, extrêmement rare, qui pourrait, d'après quelques exemples cités par les auteurs, entraîner directement ou indirectement la mort.

Les crises gastralgiques de l'hystérie, lorsqu'elles constituent pendant plusieurs mois le seul accident de la névrose, peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic nombreuses, et faire croire à l'existence d'une affection de l'estomac, d'une gastrite, d'une gastralgie simple, d'un ulcère stomacal (surtout dans le cas d'hématémèse hystérique), enfin d'un tabes dorsal.

II. — Dans un second ordre de faits, la douleur et le *spasme* (l'une commandant l'autre) ne coexistent pas, et c'est surtout l'élément spasmodique qui prédomine. Tantôt l'introduction des aliments dans l'estomac détermine des mouvements péristaltiques exagérés de cet organe, d'où certains *accidents diarrhéiques* et *intestinaux* par suite de la présence dans l'intestin de substances alimentaires incomplètement digérées, d'où encore cette sensation impérieuse de la faim qu'éprouvent certaines hystériques, par suite du passage trop rapide du nutriment dans l'estomac. Le spasme se localise au sphincter du cardia et plus fréquemment encore à celui du pylore, pour constituer ce que nous appelons le *pylorisme hystérique*. Dans ce dernier cas, les aliments séjournent dans l'estomac pendant un temps plus ou moins long, et, ne pouvant toujours se frayer un passage à travers

l'orifice pylorique plus ou moins rétréci par le spasme, sont rejetés par l'acte du vomissement, sous la forme de substances plus ou moins digérées. Ces *vomissements* peuvent survenir à la suite de presque tous les repas, brusquement et sans autre douleur que celle de l'acte lui-même, ce qui les distingue de ces vomissements par gastralgie ou hyperesthésie gastrique que nous avons étudiés plus haut: ils ne s'accompagnent d'aucun trouble dans l'émission des urines, ce qui les distingue des vomissements hystériques par ischurie que nous étudierons plus loin; ils se reconnaissent souvent à l'existence concomitante d'accidents spasmodiques dans d'autres points de l'économie, et surtout dans d'autres régions du tube digestif. Ainsi, nous avons vu une malade ayant présenté à plusieurs reprises, et pendant plusieurs semaines, des vomissements presque incoercibles dont l'origine hystérique et la nature spasmodique ne furent révélés que par la disparition de ces vomissements coïncidant avec l'apparition du spasme de l'œsophage.

III. — L'*anorexie hystérique* est un phénomène très intéressant et qui présente plusieurs degrés; tantôt l'appétence pour les aliments est simplement diminuée, tantôt il existe une véritable répulsion pour quelques aliments ou pour tous; enfin, dans d'autres cas bien étudiés par W. Gull et Lasègue (1), cette anorexie est entretenue par un état mental particulier sur lequel il est important d'*insister*: quelques hystériques craignant d'avoir un embonpoint exagéré, ou d'autres encore éprouvant quelques sensations douloureuses au moment de l'ingestion alimentaire, s'imaginent que l'alimentation leur est nuisible, et dans le but d'éviter la production d'une douleur souvent mal définie, elles refusent de manger. Cet état persiste pendant les semaines, des mois même en face d'une thérapeutique impuissante non seulement à triompher de la perte d'appétit et des douleurs, mais surtout des dispositions mentales et de l'obstination de la malade. Elle offre du reste une longue résistance à l'inanition; cette privation calculée des aliments n'a déterminé encore aucun amaigrissement, aucune atteinte à la nutrition, aucun affaiblissement, et toutes les supplications, tous les conseils viennent se briser devant sa volonté bien arrêtée de ne rien changer à son régime, l'opiniâtreté des hystériques ayant pour caractère d'augmenter en raison même de l'insistance de son entourage. Si le cancéreux et le dyspeptique cherchent à combattre leur défaut d'appétit par tous les moyens possibles, l'hystérique au contraire ne fait rien contre son anorexie et se complaît dans une indifférence et une quiétude singulières [illegible]

(1) W. Gull, *Anorexia hysterica (apepsia hysterica) Clin. society of London* (*Brit. med. journ.* nov., 1873 p. 527). — Lasègue, *De l'anorexie hystérique* (*Arch. de méd.* 1873).

sujet de son état de santé. (M. Lasègue fait remarquer avec juste raison que cette sorte d'insouciance apathique s'observe encore pour d'autres manifestations de la névrose, pour la toux, par exemple, pour les paralysies ou contractures qui peuvent persister des mois et même des années sans que la malade en conçoive de grandes inquiétudes.) — Au bout d'un temps plus ou moins long, l'anorexie hystérique entre dans la période d'anémie, d'affaiblissement : le teint devient pâle, anémique, la peau est sèche, il y a des vertiges, des tendances à la syncope ou aux lipothymies, de l'incapacité de travail, l'amaigrissement survient alors et fait des progrès sensibles, les menstrues deviennent insuffisantes et irrégulières, la température générale s'abaisse, les pulsations tombent à 50 ou 60, les mouvements respiratoires à 12 ou 15 par minute, d'après Gull ; en un mot l'économie, qui était restée indifférente pour ainsi dire à l'insuffisance de l'alimentation, s'affecte de plus en plus. A cette période qui marque l'intolérance de l'organisme, l'hystérique est ainsi devenue profondément anémique ; elle offre alors moins de résistance aux conseils et aux médications, elle reprend de la nourriture et recouvre son état normal après un temps parfois très long. Dans des cas très rares sans doute, mais qui ont été réellement observés, l'issue a été fatale par suite des progrès de l'inanition, et l'on a pu voir apparaître à la fin de la maladie tous les accidents d'une véritable cachexie, un mouvement fébrile plus ou moins continu et des thromboses multiples (Gull).

On voit donc que cette forme d'anorexie est non seulement caractérisée par la perte d'appétit, mais aussi et surtout par un état mental particulier qui aboutit au refus de l'alimentation et qui se termine par des accidents dus à l'inanition prolongée (*anorexie mentale*).

B. — Les accidents que l'hystérie peut produire du côté de l'*intestin* sont dus à des troubles de sécrétion, ou de sensibilité, à un état paralytique ou spasmodique de la fibre intestinale.

I. — Parmi les *troubles de sécrétion*, il faut noter la diminution ou l'exagération des sucs intestinaux donnant lieu à la *constipation* ou à des *diarrhées profuses*, véritables débâcles avec accompagnement de *concrétions muqueuses membraniformes*.

II. — Les *douleurs entéralgiques* s'observent aussi parfois non seulement à l'approche des attaques, mais aussi dans leur intervalle.

III. — La *paralysie* de l'intestin se traduit : 1° par une *constipation* souvent des plus opiniâtres et qui peut persister pendant des semaines entières ; 2° par un *tympanisme* souvent considérable qui peut atteindre tout le tube digestif, l'estomac, le gros et le petit intestin ; à un degré ultime, la tension des parois abdominales est extrême, il y a refoulement des viscères, des poumons, du cœur, d'où une gêne respiratoire plus ou moins accusée, une tendance à la syncope, aux

lière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales naturelles purgatives, dont le type plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Prenons d'abord la question au point de vue physiologique, et voyons par quel mécanisme agissent les purgatifs salins. La théorie *dialytique*, défendue avec talent à la Société de biologie par le Dr Rabuteau, est très simple, peut-être même un peu trop simple, pour ne pas prêter à quelques objections qui ne lui enlèvent cependant pas la plus grande partie de sa valeur. « Le purgatif est-il introduit dans l'intestin à forte dose, il détermine une hypersécrétion intestinale, en produisant un courant exosmotique dirigé du sang vers la surface libre de l'intestin. Si au contraire la dose ingérée est faible, le purgatif est absorbé en totalité, et agit alors comme si on l'avait injecté dans le sang directement, c'est-à-dire qu'il produit au contraire de la constipation et une légère diurèse. » D'où la nécessité d'employer des eaux minérales ou des solutions aussi concentrées que possible, pourvu qu'elles soient tolérées par l'estomac.

Un certain nombre de physiologistes n'admettent pas cette explication, ou plutôt son application à la théorie des purgatifs, et estiment, non sans quelque raison, que les choses ne se passent pas dans le ventre d'un animal vivant avec cette simplicité, et que le système nerveux, celui des vaso-moteurs en particulier, joue dans ces cas un rôle des plus importants. Ne nous lançons pas dans des explications plus détaillées, et qui nous entraîneraient trop loin: disons de suite que, pour tout clinicien, la vérité n'est entièrement ni dans l'une ni dans l'autre explication, mais dans une combinaison de l'action nerveuse et de l'action dialytique.

Au point de vue clinique, nous savons en effet fort bien que, pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie, mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau. Il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité, mais il y a aussi une action nerveuse, spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui fait la supériorité de l'administration des eaux minérales purgatives naturelles proprement dites sur celle des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux naturelles, de quelque nature qu'elles soient du reste, avaient une affection préférable à celle des eaux artificielles de même composition chimique ; il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes*, et que

c'était ce qui leur valait leur supériorité, à doses plus faibles et à minéralisation moindre, sur les simples solutions salines de nos laboratoires.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac, et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente; si elle n'est pas tout, elle est tout au moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes ou autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Birmenstorf et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en la coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue ainsi l'énergie de la purgation, et l'on n'est pas condamné, comme avec de l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle, qui a ainsi sous la main un purgatif énergique, que l'on peut mitiger à volonté et réduire même à l'état de simple laxatif, dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre la constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

(Extrait du *Praticien.*) Dr L. Dumont.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 *avril* 1882. — *Présidence de* M. Guéniot.

Amputations et désarticulations sous-périostées. — *M. Ollier* n'est pas l'adversaire des amputations sous-périostées. Il les a faites toutes, d'après cette méthode, de 1860 à 1864; mais avec des résultats qui ne différaient pas sensiblement de ceux que lui donnaient les autres opérations faites sans conservation du périoste. Cela tenait aux conditions hygiéniques empêchant la réunion par première intention.

J'ai pu cependant voir, dans quelques cas, des masses osseuses se produire à l'extrémité du moignon, une fois une aiguille osseuse que

j'ai dû ultérieurement réséquer. Il peut donc se produire des ostéophytes; du reste, je les ai reproduites expérimentalement sur des chiens et des chats, un chien à qui j'ai amputé le coude et dont j'ai désossé l'humérus jusqu'à la cavité glénoïde. Voici le dessin montrant la reproduction d'un os nouveau de 7 centimètres de long et mobile ; il en a été de même sur un jeune chat; ces faits sont importants à constater; la prothèse devient ainsi plus facile.

Donc, la reproduction est possible, surtout chez les enfants; elle peut même être exubérante ; aussi, je ne conseille pas chez eux l'amputation sous-périostée; chez l'adulte, je crois que celle-ci n'a pas d'inconvénients ; pour qu'elle ait toute sa valeur, il faut certaines précautions : bien détacher le périoste et sectionner l'os aussi exactement que possible au niveau du point où le périoste cesse d'être décollé ; je le fais facilement avec la scie à volant.

J'avais dit, dans une lettre, que j'aimais mieux un lambeau périostique que la manchette ; c'est vrai pour la jambe ; au lieu d'élection pour la cuisse, j'aime mieux la manchette ; mais il faut, à cause de la rétractilité extrême du périoste, un manchon qui ait une longueur double du diamètre de l'os que l'on sectionne.

Je n'insiste pas sur les difficultés qui sont plus grandes chez les adultes et les vieillards et dans les cas d'amputations traumatiques.

Du reste, maintenant que nous avons les pansements antiseptiques et la réunion par première intention à notre disposition, je compte reprendre cette question.

Un point auquel j'attache plus d'importance, c'est la question des désarticulations sous-périostées. Je les fais de la manière suivante. A travers un interstice musculaire, quand c'est possible, j'arrive sur la capsule que j'incise ; je fais saillir la tête à travers la boutonnière, je détache les insertions de la capsule, je décolle ensuite le périoste de l'os aussi loin que je le désire, et je coupe les muscles dans le point qui me paraît convenable. Les suites sont ainsi rendues beaucoup plus simples ; on ne peut pas toujours espérer faire reproduire de l'os ; mais le fait n'est pas impossible, surtout chez les enfants. Un chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy (de Londres) a vu se reproduire, chez un enfant auquel il avait fait la désarticulation sous-périostée de la hanche, une colonne osseuse suffisante pour permettre l'application d'un appareil prothétique.

J'ai recommandé ce procédé pour la désarticulation du pouce et du gros orteil.

Mais c'est surtout pour les désarticulations tibio-tarsiennes que les résultats sont bons ; il suffit pour cela de conserver le périoste calcanéen. On peut ainsi avoir un calcanéum mobile qui n'a pas d'inconvénients, si l'on prend soin de pratiquer la suture des tendons aux lambeaux. Dans un cas où j'avais enlevé 6 à 7 centimètres de tibia,

j'ai pu, après la guérison complète, n'avoir qu'un raccourcissement de 2 centimètres environ.

M. Trélat constate que tous les membres sont d'accord sur l'utilité du manchon périostique dans les amputations et les désarticulations. Il rappelle qu'il y a dix-neuf ans, à propos d'un rapport sur une communication de M. Lala, relative à une résection du coude, il avait dit que la résection sous-périostée donnait la sécurité opératoire, fournissait des chances de régénération osseuse et mettait mieux à l'abri d'accidents ultérieurs.

M. Després répète devant M. Ollier ce qu'il avait dit dans une précédente séance, qu'il est impossible de détacher complètement le périoste, qu'on n'en enlève que des lambeaux, et cela chez les adultes et dans les cas traumatiques.

Ce sont les lambeaux du périoste conservés qui font les frais de la régénération de l'os.

M. Trélat fait remarquer qu'on a déjà répondu aux observations de M. Després.

M. Berger est de l'avis de M. Després sur la différence qu'il faut établir entre les amputations pathologiques et les amputations traumatiques. Chacun sait que sur le cadavre le décollement est très difficile mais pas impossible. Il a essayé ce décollement sur le vivant ; peut-être n'ont-ils pas le manchon assez rouge, mais rien ne lui a fait constater qu'il y eût une différence entre les amputations sous-périostées et les amputations ordinaires.

M. Ollier dit qu'il voudrait répondre par des faits à M. Després comme il l'a fait lors de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1872, à propos des luxations traumatiques. La décortication de l'os est possible pourvu qu'on y mette le temps et qu'on racle bien l'os ; assurément, il y a quelques éraillures au périoste, mais le décollement est, ainsi qu'il l'a prouvé, suffisamment parfait pour amener la régénération osseuse.

Du reste, même dans les cas traumatiques, après 24 heures, le périoste est suffisamment vascularisé et épaissi pour qu'on puisse le détacher facilement.

M. Pamard (d'Avignon), membre correspondant, lit une observation montrant l'heureuse influence qu'eut un érysipèle de la face sur la marche d'un épithéliome de la langue. Il s'agit d'un épithéliome enlevé largement et de bonne heure ; trois mois après récidive du côté opposé ; la tumeur acquit vite le volume du poing ; survient un érysipèle ; après que celui-ci eut disparu, la tumeur avait tellement diminué que le malade se crut guéri. Mais elle repartit de plus belle ; en désespoir de cause, M. Pamard fit des injections de papaïne, qui eurent des effets désastreux; car il y eut des accidents d'intoxication et il se montra une assez large plaque grangréneuse.

M. Delens a observé dans son service un fait analogue, une femme qui avait un énorme encéphaloïde du sain inopérable ; la tumeur disparut totalement pendant quinze jours à la suite d'un érysipèle ; mais elle réapparut et emporta rapidement la malade.

M. Ollier fait observer qu'il ne faut pas s'en laisser imposer par ces disparitions de néoplasmes, car leur marche n'en est pas moins rapide après cette apparente guérison.

M. Pamard lit une observation d'élongation des deux nerfs optiques dans un cas d'atrophie des nerfs optiques d'origine probablement syphilitique ; cette élongation fut motivée par l'existence de douleurs très vives et de vertiges dont le point de départ était dans les yeux, disait le malade. L'opération fut pratiquée sur les deux yeux, mais du côté droit, qui était le plus malade, l'élongation détermina la rupture ; elle avait été faite au moyen des crochets à strabisme.

Il y eut une grande amélioration, des artères surtout ; mais quelque temps après, le malade mourait subitement à la suite de quintes de toux qui s'étaient reproduites à trois reprises différentes sans cause connue. L'autopsie ne fut malheureusement pas permise.

RAPPORT. — *M. Nepveu* lit un rapport sur une observation de M. Bouilly relative à l'extirpation d'un goitre exophthalmique terminée après 65 heures par la mort due à une médiastinite infectieuse.

M. Tillaux rappelle qu'il a, à propos de l'extirpation des goitres, bien insisté sur la nécessité qu'il y a à faire une dénudation bien exacte du corps thyroïde et à conserver la capsule qui oppose ainsi une barrière à la diffusion du but.

NOUVELLES

CONCOURS DES MÉDECINS DU BUREAU CENTRAL. — La première série des épreuves de ce concours vient de se terminer. Sur les 38 candidats qui ont subi cette épreuve, 14 ont été éliminés. Voici la liste des candidats admis à continuer le concours : MM. Ballet, Barié, Barth, Brault, Brissaud, Cadiat, Carrière, Chouppe, De Beurmann, Decaisne, Dejérine, Dreyfous, Gombault, Hirtz, Jean, Josias, Leroux (Ch.), Leroux (Henri), Letulle, Merklen, Moizart, Oulmont, Renault, Tapret.

HÔTEL-DIEU. — *Clinique médicale.* — M. le professeur Germain Sée reprendra le cours de clinique lundi 17 avril à 9 h. 1/4, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

Le lundi sera consacré à l'étude du diagnostic ; le mercredi, aux expériences de laboratoire (chef du laboratoire : M. Bochefontaine) ; le vendredi, à la thérapeutique.

HÔPITAL DE LOURCINE. — *Leçons cliniques de syphiliographie et de laryngologie.* — Le Dr Gouguenheim commencera ses leçons le lundi 17 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

Lundi, cours de laryngologie. — Jeudi, cours de syphiliographie.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Succ' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.




POUGUES
prendre une bout. au repas contre GASTRALGIES, DYSPEPSIES, GRAVELLE

·Neuvième Année — Tome I. N° 48 Mardi 18 Avril 1882

LA

[F]RANCE MÉDICALE

[BU]REAUX
[chez A.] Delahaye et E. Lecrosnier
Place [de l'École]-de-Médecine
[P]ARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

[Tout] ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. Bottentuit, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
[Les ouvra]ges remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
[Les annon]ces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

9e Année. — Tome I. — N° 45. Mardi 18 Avril 1882

LA FRANCE MÉDICALE

L'Association générale des médecins de France.

La vingt-troisième assemblée annuelle de l'Association générale les médecins de France a eu lieu hier, sous la présidence de I. Henri Roger. Le discours du président a été, comme toujours, lein d'esprit et plein de cœur. Les mots heureux y abondent, omme les libéralités dont chaque année de fortunés confrères viennent enrichir la caisse de l'Association, et chaque année, parmi ces généreux donateurs, M. Roger mérite d'être placé au premier rang. Citons avec lui M. Ricord, *Veneris minister et sacerdos*, qui, selon 'heureuse expression du président, « pratique la métallothérapie le la façon la plus intelligente et la plus digne d'éloges, donnant e mercure à ses malades et réservant l'or pour ses confrères ».

L'honorable trésorier, M. Brun, qui lui-même contribue pour une i grande part aux générosités qui viennent grossir la caisse de l'Association, a fait l'exposé de notre situation financière et c'est avec oie qu'il a présenté les chiffres qui montrent avec quelle rapidité s'accroissent nos ressources..

M. Martineau était chargé du rapport général sur la situation et es actes de l'Association pendant l'année 1881. Il a commencé par endre hommage à ceux de nos confrères qui se sont dévoués pour œuvre commune, Tardieu, Rayer, M. Amédée Latour, M. Roger, ui ne lui ont épargné ni leur temps ni leur peine et ont tant contribué lui faire acquérir la situation prospère dont elle jouit aujourd'hui.

Depuis l'an dernier, 155 de nos collègues sont morts, mais 460 lmissions nouvelles sont venues largement combler les vides. Une ociété nouvelle s'est formée dans le département de la Corrèze, qui en avait pas encore, ce qui porte le total des sociétés locales à 94, omprenant 8055 sociétaires.

Au point de vue des finances, la caisse générale renferme 89 401 fr. caisse des pensions, 706 000 fr.; le total des sommes contenues ns les caisses des sociétés locales et de la société centrale est de 3 871 fr. 54 c., ce qui fait au total une somme de 1 579 273 fr. Si us ajoutons à cela 1 661 fr. de rente appartenant à la caisse des nsions, et 2762 fr. de rente appartenant à la Société centrale et x sociétés locales, cela porte l'avoir de l'Association à la somme tale de dix-sept cent mille francs (1 700 000 fr.).

Cette année, les secours accordés se sont élevés à la somme de '803 fr. répartis entre 40 sociétaires, veuves ou enfants de sociétaires ; quelques personnes étrangères à l'Association ont également

bénéficié de ces libéralités ; enfin l'Association générale a pris à sa charge les frais d'étude de 7 pupilles.

Parmi les 94 sociétés locales, l'une a été dissoute l'an dernier par le préfet de son département, sans que les causes de cette dissolution soient venues à la connaissance du Conseil général de l'Association. Ajoutons que la société ainsi dissoute s'est immédiatement reconstituée.

Après cet exposé de la situation matérielle, M. Martineau s'est lancé dans des considérations d'un autre ordre, plus élevé peut-être, mais au sujet desquelles, malheureusement, il nous est moins facile d'obtenir satisfaction. Notre Association est une société de secours mutuels, son but est donc de distribuer des secours aux sociétaires dans le besoin, mais en outre elle doit aide et protection à chacun de ses membres, et cette partie du rôle de l'Association ne serait pas le moins important à développer. On fait constamment appel aux services du médecin, l'Administration lui demande de remplir de nombreuses fonctions pour lesquelles elle n'alloue qu'une rémunération dérisoire, et bon nombre de sociétés dites de secours mutuels ou de bienfaisance ont pour principale ressource le dévouement inaltérable du médecin ; c'est lui qui fait véritablement œuvre de philantropie et de bienfaisance, et qui enrichit la caisse de la société à laquelle il sacrifie sans cesse et sa peine et son temps.

Les rapports du médecin avec l'Administration, avec les sociétés de secours mutuels et avec les malades, pourraient devenir l'objet de règles admises par tous nos confrères ; mais M. Martineau ne peut qu'exposer en passant ces divers points, dont chacun mériterait de faire le sujet d'une discussion approfondie. Il n'est pas possible de déterminer un tarif d'honoraires applicable pour toute la France, mais chaque société locale peut établir un règlement applicable à sa région. C'est ce qui a été fait dans plusieurs départements déjà, et nous savons qu'à Paris même, une société d'arrondissement (le XI discute actuellement un projet reposant sur les mêmes bases.

La répression de l'exercice illégal de la médecine semble s'être ralentie l'année dernière. Y a-t-il eu diminution réelle dans le nombre des délits, ou plutôt n'y a-t-il pas lassitude de la part de nos confrères ? Il est difficile de se prononcer. M. Martineau insiste seulement sur un délit dont la répression serait peut-être plus facile, celui d'exercice illégal de la médecine par les pharmaciens au moyen des remèdes secrets.

La question des syndicats médicaux est encore à l'étude. La création de syndicats entre médecins séduit au premier abord, mais cette question demande à être étudiée avec soin, car, à côté de certains avantages, il y a de gros inconvénients.

M. Martineau termine son long et consciencieux rapport par une

invocation aux médecins-députés qui pourraient rendre de grands services s'ils consentaient à descendre parfois des hauteurs de la politique pour s'occuper un peu des intérêts de leurs confrères; enfin il remercie de nouveau les promoteurs du congrès médical de 1845 où l'idée de la création de l'Association s'est pour la première fois affirmée, et les présidents qui depuis cette création n'ont cessé de donner à l'Association une impulsion de plus en plus vigoureuse.

Quoique l'heure fût déjà avancée, M. Pénard, de Versailles, a captivé immédiatement toute l'attention de l'assemblée en exposant l'état de la caisse des pensions. C'est que les chiffres sont déjà éloquents par eux-mêmes et que M. Pénard, par un remarquable talent d'exposition, leur donne plus d'éloquence encore. Cent cinquante-six mille francs ont été mis cette année à la disposition de la caisse des pensions viagères, ce qui porte le total des pensions distribuées à la somme de 27 800 francs ainsi répartie : une pension de 1 200 francs, 11 pensions de 600 francs, 11 pensions de 500 francs, 16 pensions de 400 francs et 27 pensions de 300 francs.

L'une de ces pensions s'élève à un chiffre que l'on n'avait encore jamais atteint, et qui par le temps présent est bien le maximum que l'on puisse fixer, 1 200 francs; c'est qu'il s'agissait de donner une sorte de récompense nationale à l'homme qui a le plus contribué à réunir en un pareil faisceau tous ses confrères de France, à M. Amédée Latour, le principal créateur de l'Association.

Trois élections par acclamation ont terminé cette séance : M. Amédée Latour a été nommé secrétaire général honoraire, MM. Ricord et Jules Cloquet ont été nommés vice-présidents.

A. CH.

De l'hystérie viscérale (1).

Par M. le Dr Henri HUCHARD,

Médecin de l'hôpital Tenon.

C. — Les troubles *laryngés* de l'hystérie doivent être attribués à la paralysie ou au spasme des muscles du larynx, à l'anesthésie ou à l'hyperesthésie de la muqueuse.

I. — La *paralysie* avait déjà été indiquée par Hippocrate, qui avait remarqué que la guérison de la perte de la parole était annoncée par l'émission d'urines abondantes et claires. Le plus souvent, elle affecte les muscles phonateurs ou mieux constricteurs de la glotte, c'est-à-dire les crico-aryténoïdiens latéraux et l'ary-aryténoïdien,

(1) V. *France méd.*, no 44, p. 518.

rarement elle porte sur ceux de la respiration ; elle se manifeste sous forme d'*aphonie* (1), ou plutôt de *dysphonie*, laquelle peut être également produite par un certain état spasmodique de la glotte, comme M. Gouguenheim en a fait la remarque judicieuse. La paralysie est presque toujours bilatérale, l'examen laryngoscopique permet de voir l'écartement des cordes vocales (2) et l'impossibilité de se rapprocher sous l'influence des efforts de phonation ; la muqueuse laryngée est normale, les cordes vocales ont leur aspect habituel et blanchâtre ; mais si parfois elle présente un état rosé et comme congestif, il ne faut pas l'attribuer à un état inflammatoire, mais plutôt à l'augmentation d'épaisseur de la corde vocale et de la muqueuse qui étant revenue sur elle-même augmente ainsi d'épaisseur (Poyet). Enfin, M. Thaon a noté chez ces hystériques aphones l'existence de plaques d'anesthésie cutanée au niveau des régions sus et sous-hyoïdiennes.

L'*aphonie* hystérique survient sous l'influence de causes diverses après une frayeur, une forte émotion morale, une légère inflammation de l'arrière-gorge, à la suite des menstrues ou de leur suppression, elle peut enfin succéder à une attaque convulsive. Son début est graduel, et le plus souvent brusque ; sa durée très variable d'un jour à une année, à 14 mois (Watson), à 15 mois (H. Landouzy), etc. elle peut disparaître brusquement alors que toutes les médications employées ont échoué ; enfin elle coïncide parfois avec d'autres manifestations de la névrose, des contractures, de la dysphagie par œsophagisme, de la paralysie des membres, de la paralysie de la langue auquel cas la malade est atteinte d'un véritable *mutisme paralytique* qu'il ne faut pas confondre avec le *mutisme cérébral* étudié plus loin.

II. — Le *spasme laryngé* est inspiratoire ou expiratoire.

a. — Dans le premier cas, il peut atteindre un degré extrême, le

(1) Hirtz. Aphonie hystérique (Gaz. méd. de Strasbourg, 1842) ; — Smith. Functional aphonia of six and half years duration. (Med. press and circul., 18.. . — Schnitzler. Aphonia spastica (Wiener med. Press., n° 20 et 22, 1874) ; R. C... Ueber Phonophobie (all. Wien. med. Zeit., n° 27, 1876) ; — S. Whitefield W... Aphonie hystérique (Chicago med. Journ. and Exam., 1877) ; — W. Glasgow. Paralysie hystérique des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (Arch. of Laryngology, New-York, juillet 1881, p. 253). — Thaon (loc, cit.)

(2) La paralysie organique, dit M. Gouguenheim (communication orale) se fait dans l'adduction, ce qui tient au maintien de l'action du muscle crico-thyroïdien qui est tenseur des cordes vocales, et adducteur par conséquent. La paralysie de cause nerveuse se fait dans l'abduction, ce qui tient très probablement à la paralysie du muscle crico-thyroïdien qui est innervé par le nerf laryngé supérieur. Alors le muscle crico-aryténoïdien postérieur, le muscle dilatateur et le plus puissant de l'organe, l'emporte sur les muscles tenseurs innervés par les récurrents. C'est là la cause de la paralysie en abduction ou dilatation qui caractérise la paralysie hystérique.

hénomènes de spasme de la glotte donnent lieu à une oppression onsidérable, à forme asphyxique, au point même que la trachéotoie est formellement indiquée comme seul moyen de sauver la vie des ıalades. Deux observations ne laissent subsister aucun doute à cet gard ; chez une malade dont l'existence était sérieusement menacée ar un spasme de la glotte, Michon pratiqua la trachéotomie avec uccès, et un autre accès aussi grave étant survenu quelques mois près, il fut obligé de recourir une seconde fois à cette opération. Infin dans un second cas, rapporté par Briquet sous le nom de *suffoıtion pseudo-croupale*, Velpeau dut pratiquer la même opération. ans ces exemples, la trachéotomie est une opération ultime à lauelle on ne doit jamais avoir recours qu'après avoir mis en œuvre outes les médications que l'on peut employer en pareille circontance ; parmi elles nous citerons l'anesthésie chloroformique qui réout si facilement et si rapidement les spasmes et les contractures 'origine hystérique, et enfin la saignée que nous avons employée ous-même avec le plus grand succès contre les menaces d'asphyxie, t surtout dans certains cas mal connus encore où la prédominance [illegible] spasmes viscéraux.

ce sujet, il est important de dire que le spasme glottique peut parois acquérir une intensité extrême au commencement ou dans le ours d'une attaque convulsive. Nous avons vu deux malades (l'une l'*elles* observée avec M. Chertier, de Nogent-sur-Seine) chez lesquelles 'accès convulsif, à peine ébauché, était dominé par des symptômes éellement effrayants d'asphyxie avec teinte cyanique et presque oirâtre de la face et des lèvres, symptômes qui disparaissaient rapiement dès que le sang s'écoulait par l'ouverture de la veine. Ces eux faits doivent être rapprochés de celui de M. Bernutz, dans leuel on voyait, dit-il, une véritable crise d'asphyxie sans aucune onvulsion constituer toute l'attaque.

Ajoutons enfin une sorte d'*aphonie expérimentale* que l'on peut roduire pendant l'état de sommeil ou de somnambulisme, en touıant la région laryngée avec le doigt, ce qui détermine un spasme es muscles du larynx persistant parfois au réveil de la malade.

En tous cas, l'aphonie d'origine spasmodique peut cesser sous l'inıence d'une cause souvent insignifiante, telle que l'introduction du oigt dans l'arrière-gorge et le soulèvement de l'épiglotte (Denucé), simple introduction du miroir laryngoscopique, l'application de ævulsifs, d'un aimant à la partie antérieure du cou, une action mole, telle que les apprêts d'une opération, etc.

b. — Le *spasme de la glotte expiratoire* (auquel se joint parfois un pasme des bronches, des muscles du thorax et du diaphragme) se anifeste par des *cris* plus ou moins singuliers et par de la *toux*.

Les *cris*, qui étaient déjà bien connus de Willis, peuvent simuler

l'aboiement, les hurlements du chien, les miaulements du chat, les rugissements de bêtes féroces (qu'on observe souvent dans le cours des crises convulsives), le glapissement, le gloussement des poules, le grognement du cochon et le coassement des grenouilles. L'imitation joue ici un grand rôle : ainsi une jeune fille citée par Briquet imitait les aboiements des gros chiens de basse-cour qu'elle entendait pendant son séjour à la campagne ; une autre observée par Lu.. dans un pensionnat, soulevait convulsivement les épaules et poussait un cri aigu, dès qu'elle entendait le son de la cloche ; bientôt à ce cri succédèrent de véritables hurlements dont furent atteintes aussi quelques autres élèves de la pension ; elles guérirent dès qu'elles furent rentrées dans leurs familles, et la première qui avait commencé la série des accidents, guérit-elle même par un traitement moral, le *traitement de l'humiliation* qu'elle éprouvait à se promener et à se faire entendre dans les rues les plus fréquentées de Paris. L'imitation et la contagion nerveuses ont exercé autrefois de grands ravages, et il nous suffira de rappeler ces épidémies d'aboiement des filles d'un lieu appelé Kintorpp, en 1552, de bêlements des nonnes de Sainte-Brigitte en 1612, de miaulements dans un hôpital d'Amsterdam en 1566, etc. (1).

III. — La *toux hystérique* a été d'abord indiquée par Willis (2) qui parle « d'une toux sèche, violente, persistant jour et nuit, et ne cessant que pendant le sommeil », puis par Sydenham, dans sa célèbre dissertation épistolaire à Guillaume Cole. Elle apparaît quelquefois comme première manifestation de la névrose, souvent à l'occasion d'une affection inflammatoire des voies aériennes, d'une laryngite simple, d'une bronchite, d'une angine, ce qui avait fait dire avec .. de raison à Sydenham, « qu'elle affecte de préférence les femmes pituiteuses », ou encore sous l'influence d'une suppression menstruelle ; enfin, d'autres fois, elle survient d'emblée sans cause appréciable, c'est-à-dire sans avoir été précédée d'une affection des organes respiratoires. Cette toux bien étudiée dans un mémoire de M. Lasègue, est paroxystique, procédant par accès le plus souvent irréguliers, parfois au contraire réguliers suivant une périodicité surprenante ; ces accès se répètent un nombre variable de fois, vingt à cinquante fois par jour, ils durent de quelques minutes à plusieurs heures, s'arrêtant souvent au moment des repas et presque toujours pendant le sommeil. Annoncée par une sensation de picotement ou de chatouillement douloureux du larynx (laquelle sensation est ..

(1) Voyez Calmeil : De la folie, etc., 1845, t. I, p. 265, 503. — Voyez un tra.. de Jolly sur l'imitation nerveuse, etc. (Union méd., 1869).

(2) *De morbis convulsivis*. Caput VI, 1682. En 1855, M. Jeannet rapporta.. fait d'une épidémie qui éclata dans un village de la Bretagne en 1855. (Les aboyeuses de Josselin.)

dice d'un état d'hyperesthésie laryngo-bronchique), cette toux est convulsive, saccadée, sèche et sans aucune expectoration, monotone dans son rhythme et ses caractères qui ne changent pas pour la même malade, à timbre métallique, aigu, rarement rauque et ressemblant plus ou moins à la toux provoquée par l'inspiration de certains gaz, du chlore par exemple, ou encore reproduisant plus ou moins fidèlement l'aboiement d'un chien. Une malade observée par M. Noel Gueneau de Mussy, avait deux ou trois fois par jour des accès durant de quatre à six heures, se répétant dix à douze fois en vingt secondes, cessant ensuite pendant quelques secondes pour recommencer après avec une sorte de rhythme cadencé qui imitait le chant de la caille. Ces secousses laryngées, fatigantes plus pour l'entourage de la malade que pour la malade elle-même, se succèdent sans interruption, mais elles ne s'accompagnent d'aucune inspiration sifflante, d'aucune menace d'asphyxie comme dans la coqueluche; elles ne correspondent à aucun bruit morbide dans la poitrine, le murmure vésiculaire est absolument normal, seulement affaibli dans certains cas, lorsque le spasme a gagné les bronches. Nous avons vu la pression de certaines parties du corps, du pneumogastrique au cou, des apophyses épineuses des vertèbres, de la région des ovaires, etc., suffisante pour faire éclater les accès. On a vu aussi la toux hystérique s'accompagner chaque fois d'une convulsion du thorax et des membres supérieurs, d'un haussement d'épaules singulier, ou encore être suivie d'une attaque de convulsions avec perte de connaissance ; sa durée est variable et on a cité des cas où elle a pu se prolonger pendant quatre ou cinq ans.

Lorsque cette toux hystérique s'accompagne d'aménorrhée et d'hémoptysies supplémentaires, et qu'il s'ajoute encore du côté de la paroi thoracique cet état hyperesthésique connu sous le nom de pleuralgie, on conçoit que le diagnostic présente de grandes difficultés avec la tuberculose. Briquet fait à ce sujet la remarque judicieuse confirmée par nous, que souvent dans ces cas le sang expectoré a des caractères particuliers : il est de couleur incarnat, rarement mélangé avec le mucus et pénétré de bulles d'air, ce qui prouverait qu'il vient des bronches et non des vésicules pulmonaires; enfin, l'absence de symptômes généraux et de signes locaux permettent, dans la plupart des cas, de reconnaître cette *pseudo-tuberculose hystérique*.

IV. — L'*hyperesthésie de la muqueuse laryngée* se traduit d'abord par la toux que nous venons d'étudier; elle consiste également dans des sensations de déchirure, de brûlure, ou de corps étranger dont les malades affirment parfois l'existence tout à fait imaginaire; enfin, d'autres fois, elle peut-être localisée sous forme de points douloureux, de véritables névralgies qui siègent le plus communément à gauche du cou, avec foyers douloureux que l'on exaspère par la

pression et qui sont par ordre de fréquence ; les bords latéraux du cartilage thyroïde, l'interstice crico-thyroïdien, l'interstice hyo-thyroïdien, la partie postérieure de la langue en arrière du lingual (Thaon).

De même que l'hyperesthésie de la muqueuse stomacale ou gastralgie détermine chez les hystériques le phénomène de l'anorexie ou le refus de manger, de même aussi l'hyperesthésie de la muqueuse laryngée peut donner lieu à une sorte d'état mental et d'hypochondrie qui aboutit à la crainte et au refus de parler. M. Lasègue cite l'exemple d'une jeune fille, excellente musicienne, qui, éprouvant une sensation vague de douleur lorsqu'elle chantait, s'imagina de ne plus parler qu'à voix basse et garda ainsi un silence presque complet pendant plusieurs mois, dans la crainte que l'exercice de la phonation n'éveillât quelques souffrances. Cet état peut être caractérisé par le mot de *phonophobie*.

L'*anesthésie laryngée* est un phénomène que l'on a l'occasion d'observer assez fréquemment, au même titre du reste que l'insensibilité des conjonctives ; mais il ne faut pas exagérer son importance et dire que « le signe pathognomonique constant de l'hystérie consiste dans l'insensibilité de l'action réflexe de l'épiglotte » (1). Sans aucun doute, on peut chez un assez grand nombre d'hystériques, porter impunément le doigt, ou un instrument quelconque tel qu'une sonde de Belloc ou une barbe de plume, jusqu'à l'épiglotte et aux *replis* aryténo-épiglottiques, on peut même arriver jusqu'à l'ouverture supérieure du larynx, sans déterminer ces contractions réflexes de l'œsophage, du pharynx et du diaphragme, qui aboutissent dans l'état normal à des efforts de vomissements. Mais dire qu'il s'agit là d'un phénomène pathognomonique, c'est commettre une double erreur : il n'est pas pathognomonique, puisque, d'après les recherches de Bernutz, d'Armaingaud et d'après les nôtres, on l'observe, non seulement chez les hystériques, mais aussi chez les épileptiques, chez les saturnins. et chez les alcooliques, puisque sur vingt-deux sujets indemnes de toute affection ou de tout état névropathique observés par M. Armaingaud (2), cette anesthésie pharyngo-épiglottique avec paralysie réflexe de l'épiglotte a été notée douze fois; ce phénomène n'est pas constant, puisque M. Bernutz en a constaté l'absence seize fois sur vingt-deux hystériques, que M. Thaon l'a vu dans un sixième des cas seulement, et que nous-même l'avons vu manquer chez le tiers des malades. Donc, il serait impossible de dépister un état hystérique dans les cas douteux par l'existence de cette anesthésie épiglottique dont l'importance a été singulièrement exagérée au point de vue du diagnostic.

(1) Chairou, Etudes cliniques sur l'hystérie, Paris 1869.

(2) Relation d'une épidémie d'hystérie, etc. Loc. cit. 1880, p. 14.

Telles sont les manifestations que l'hystérie peut provoquer du côté du larynx. Mais ce serait une erreur de croire qu'elles doivent être constamment isolées; en un mot le spasme laryngé n'existe pas toujours seul, il peut être constamment combiné à un état d'hyperesthésie ou d'anesthésie de la muqueuse laryngée, et il n'est pas rare non plus de voir la paralysie des muscles du larynx succéder plus ou moins rapidement à un état de spasme ou de contracture de ces mêmes muscles. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

—

Séance du 14 *avril* 1882. — *Presidence de* M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

ALIMENTATION FORCÉE DES PHTHISIQUES ET DES HYSTÉRIQUES. — *M. Dujardin-Beaumetz* fait une communication sur le gavage des phthisiques par le procédé de M. Debove. Il est important de suivre de point en point la méthode du médecin de Bicêtre. Il faut employer non pas de la viande hachée, mais *de la viande véritablement pulvérisé*, qu'on fait dissoudre dans du lait et qu'on donne au malade à la dose de 200 grammes par jour environ. Depuis que, dit M. Beaumetz, j'ai employé la méthode de M. Debove, j'ai observé les mêmes résultats que lui chez les phthisiques et j'ai de plus employé le même procédé, avec succès, chez les hystériques dans les cas de vomissements incoercibles. Il est remarquable que les hystériques qui vomissent leurs aliments absorbés par la voie ordinaire ne vomissent pas la viande pulvérisée introduite dans l'estomac par le gavage.

M. Debove. Les résultats que j'ai obtenus par le gavage chez les phthisiques de Bicêtre ont été constatés par plusieurs médecins des hôpitaux et notamment par M. Beaumetz et par M. le professeur Bouchard. Par mon procédé, tous les phthisiques engraissent et marchent rapidement vers la guérison. Un de mes malades qui était en très bonne voie d'amélioration, qui était presque gros, qui ne crachait plus, mourut malheureusement à la suite d'infection purulente contractée par le fait d'un cathétérisme uréthral maladroit. A l'autopsie, j'ai trouvé deux immenses cavernes couvertes de bourgeons charnus comme les plaies de bonne nature et en voie de cicatrisation. Mais il faut des doses colossales de nourriture. Je fais absorber à mes malades trois litres de lait, 200 grammes de viande pulvérisée, 12 œufs et une certaine quantité de farine de lentille,

Tous ces aliments sont parfaitement et rapidement digérés parce qu'ils se rapprochent le plus possible de l'état liquide qui est plus favorable à l'absorption. Si trois heures après le gavage on pratique un lavage de l'estomac, on constate que tous les aliments introduits par la sonde ont été absorbés.

J'ai été amené à employer de préférence la viande dans l'alimentation forcée des phthisiques, en partant de ce fait que les animaux tuberculeux sont beaucoup plus les herbivores que les carnivores.

Voici mon procédé pour obtenir de la viande pulvérisée. Je comprime la viande crue avec une presse pour en extraire le jus qui est mis de côté. Le rendu de viande est placé à l'étuve, desséché, broyé, pulvérisé et passé au tamis. Il en résulte une poudre impalpable que je mêle à du lait, à des œufs battus, etc. Il faut environ 2 kilogr. de viande pour obtenir 200 gr. de poudre impalpable.

Il est facile de s'assurer que les aliments préparés et ingérés de cette façon, à dose considérable, sont facilement absorbés, car les malades engraissent et on ne constate pas de troubles digestifs, ni diarrhée ni vomissements.

M. D.-Beaumetz prie M. Debove de vouloir bien apporter dans la prochaine séance des échantillons de la poudre digestive qu'il emploie pour le gavage et que d'ailleurs on peut aussi faire avaler directement au malade délayée dans du bouillon, bien que cette préparation soit assez désagréable au goût.

M. Debove. J'avais d'abord pour la fabrication de la poudre de viande employé le foie au lieu de la chair musculaire à cause de l'homogénéité de son tissu, mais j'ai dû y renoncer et employer ensuite la viande proprement dite, parce qu'on n'est jamais sûr que le foie chez certains animaux n'est pas altéré et par conséquent nuisible dans l'alimentation. J'ajoute que la poudre de viande, délayée dans du bouillon, n'a pas un gout aussi détestable que le dit M. Beaumetz. J'en ai mangé, j'en ai fait manger à des personnes sans défiance qui n'ont pas trouvé la préparation trop mauvaise.

M. Joffroy. Je voudrais savoir si le gavage chez les hystériques peut donner des résultats dans les cas où l'anorexie date d'un an, 18 mois et plus, car il est des cas où l'anorexie hystérique est temporaire et disparaît d'elle-même.

M. Beaumetz. De mes malades, l'une vomissait depuis trois mois, l'autre depuis deux mois. Toutes vomissaient ce qu'elles mangeaient et ne vomissaient pas ce qu'on leur introduisait par le gavage.

Je veux revenir sur un point de la communication de M. Debove à propos de la farine de lentille. Il est important qu'on sache que M. Debove n'emploie pas la poudre de lentille crue, mais il fait cuire préalablement les lentilles et soumet ensuite à la pulvérisation les lentilles cuites et desséchées. Je crois que c'est là tout le secret de la digestibilité de la farine revalescière Dubarry, alors que la farine de lentille ordinaire ne se digère pas.

M. Guyot a employé le gavage avec un insuccès complet chez une hystérique atteinte de vomissements incoercibles et qui finit par succomber.

M. Joffroy. Il faut tenir compte aussi de l'état mental de certaines hystériques. J'en ai soigné une que j'ai soumise à l'alimentation forcée. Elle ne vomissait jamais quand la sonde œsophagienne était introduite par l'interne du service; elle vomissait toujours quand l'opération était pratiquée par un autre.

M. Debove. Je crois qu'il y a deux éléments à distinguer dans les vomissements chez les hystériques : 1° l'état nerveux; 2° l'inanition qui se produit quand les vomissements persistent depuis longtemps.

Dans l'anorexie prolongée et invétérée, l'inanition rend le traitement et la guérison beaucoup plus difficiles. L'anorexie hystérique devient alors une affection de la plus haute gravité. J'ai vu pour mon compte deux hystériques mourir de faim.

M. Troisier. Je soigne actuellement, à l'hôpital de la Charité, une jeune fille convalescente de la fièvre typhoïde. Elle vomissait tous ses aliments; depuis que j'ai employé le gavage, elle ne vomit plus.

M. Féréol offre à la Société la statistique médicale de la ville [illegible] qui lui a été envoyée par un confrère de cette ville, le Dr Patay. Il pense qu'il serait utile que tous les médecins des villes de province voulussent bien dresser des statistiques semblables qui permettraient d'établir la statistique générale de la France.

La séance est levée à 4 heures 3/4.

Ernest GAUCHER.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 3 au 8 avril.

PETIT. De la valeur clinique des symptômes fournis par les ulcérations intestinales. — GAUTIER. De l'absinthisme chronique. — GRUET. Etude clinique sur les troubles intellectuels dans l'ataxie locomotrice progressive. — LAFAYE. Contribution à l'étude du rhumatisme cardiaque d'emblée. — LECLERCQ. De la thérapeutique des fractures transversales de la rotule. — BECLERE. Contribution à l'étude de la contagion, à l'hôpital des Enfants. De la contagion de la rougeole. — CORBEIL. Du traitement des abcès froids par le grattage. — PEYRAMAURE-DUVERDIER. Des dépressions et fistules cutanées congénitales de la région coccygienne. — LONGEVIALLE. De l'influence de l'arsenic sur le diabète. — DIVE. De la paralysie infantile et de son traitement par l'électricité. — DEMMLER. Etude sur les pneumonies infectieuses. — DE VLACCOS. Du traitement des hémorrhagies puerpérales.

NOUVELLES

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Par arrêté en date du 14 avril 1882, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé qu'un concours pour un emploi de suppléant des chaires de médecine sera

ouvert, le 4 décembre 1882, à l'Ecole de plein exercice de médecine et pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

EAUX MINÉRALES. — M. le Dr Liétard, inspecteur-adjoint des eaux de Plombières, vient d'être nommé inspecteur, en remplacement de M. le Dr Verjon, démissionnaire et nommé inspecteur honoraire.

M. le Dr Morel, ancien député, vient d'être nommé inspecteur-adjoint, à la place de M. Liétard.

HÔPITAUX D'ORLÉANS.— Un concours s'ouvrira le lundi 24 avril 1882, à midi, pour une place d'interne en médecine dans les hospices civils d'Orléans. Les candidats devront s'inscrire au moins trois jours à l'avance.

SERVICE DE VACCINATIONS GRATUITES. — La Société française d'hygiène reprendra les séances de vaccinations et de revaccinations gratuites le mardi 18 avril, de midi à 1 heure, dans la salle du rez-de-chaussée de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, 44, rue de Rennes.

On sait que ce service, alimenté par les deux vaccins (vaccin d'enfant ou jennérien et vaccin de génisse), a toujours été vivement apprécié par la population parisienne.

COURS D'ASSISES DE LA SEINE.— L'infirmier de la 3e division de Bicêtre (service de M. Bourneville) qui s'était rendu coupable d'attentats à la pudeur sur de jeunes malades du service, a été condamné à 12 ans de travaux forcés et 10 ans de surveillance.

PUNITIONS MÉDICAMENTEUSES. — Le *Chicago Medical Review* publie ce fait divers bizarre : « Dans un orphelinat de Montréal, on a employé des sinapismes pour punir les enfants. » Le *Journal de médecine de Paris* cite, de son côté, deux familles où les lavements sont employés pour punir les enfants.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES. — M. le professeur Ball a repris son cours clinique des maladies mentales le dimanche 16 avril, à 10 heures du matin, à l'Asile Sainte-Anne, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Archambault reprendra ses conférences cliniques le vendredi 21 avril. Il s'occupera surtout du traitement des maladies de l'enfance.

HÔPITAL DES ENFANTS. — M. le Dr Descroizilles reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, le samedi 22 avril, à 9 heures du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure (salle Saint-Ferdinand).

Consultations le mercredi et le jeudi.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le Dr Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 22 avril, à 9 h. 1/2 du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 46 JEUDI 20 AVRIL 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

...sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
...ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
...nnonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 46. Jeudi 20 Avril 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 19 *avril* 1882.

La discussion sur le chloroforme s'est terminée hier avec un excellent discours de M. Panas. Répondant surtout à la communication de M. Vulpian, le chirurgien de l'Hôtel-Dieu recherche le mode d'action du chloroforme chez l'homme et il étudie le mécanisme de la mort dans les trois périodes de la chloroformisation, c'est-à-dire au début, pendant la chloroformisation même et après l'obtention de l'anesthésie. Le chloroforme, dit-il, ne se comporte ni comme un agent toxique ni comme un agent asphyxique, mais il entrave les phénomènes mécaniques de la respiration ; les malades ne meurent pas parce qu'ils respirent trop de chloroforme, ils meurent parce qu'ils ne respirent ni chloroforme ni air, ils succombent à la syncope, respiratoire ou cardiaque.

La preuve que le chloroforme n'est pas un agent toxique et que le danger n'est pas en raison directe de la quantité de liquide employé, c'est que la troisième période, dans laquelle les malades sont complètement endormis, est de beaucoup la moins dangereuse, et qu'alors on peut tenir les opérés pendant deux heures dans le chloroforme, pour une ovariotomie par exemple ; et ces femmes, dont la respiration sentira pendant deux ou trois jours le chloroforme dont elles étaient saturées, n'ont en général aucun accident.

Comme conclusion pratique, M. Panas insiste depuis longtemps dans son service sur ce point très important qu'il ne faut pas s'occuper seulement du pouls chez les malades endormis ; le pouls n'est pas une sentinelle qui montre le danger prochain, mais il faut au contraire surveiller attentivement les phénomènes mécaniques de la respiration. Ce sont eux qui donnent la première alerte.

Chez les animaux, dans cette période d'anesthésie complète, l'excitation d'un nerf périphérique peut provoquer une syncope mortelle, chez l'homme il n'en est heureusement pas de même, et l'on peut, comme l'a fait récemment M. Panas, pratiquer l'extension du nerf sciatique ou des branches du trijumeau sans avoir à craindre de syncope.

M. Panas avait insisté sur une autre conclusion qui a été combattue par M. Rochard, M. Panas pense que le chloroforme agit comme débilitant chez les personnes très anémiées et très affaiblies ; l'éther au contraire les relève. M. Rochard n'a pas remarqué cette mauvaise influence du chloroforme qu'il emploie dans tous les cas.

M. le professeur Ollier, de Lyon, a présenté à l'Académie une pièce très remarquable. Il s'agit d'une articulation du coude en partie reproduite après une résection faite il y a sept ans. Les magnifiques succès obtenus par M. Ollier dans la résection du coude l'engagent à recommander de pratiquer cette opération dans beaucoup plus de cas qu'on ne le fait aujourd'hui. A. Ch.

De l'hystérie viscérale (*Suite et fin*) (1).

Par M. le Dr Henri Huchard,
Médecin de l'hôpital Tenon.

V. — Ces phénomènes de spasme ou de paralysie peuvent atteindre non seulement le larynx, mais aussi les muscles respiratoires et le diaphragme. C'est ainsi qu'on observe une sorte de *hoquet* hystérique qui se produit d'une façon irrégulière et intermittente, sous l'influence d'une émotion, d'une douleur, d'une cause insignifiante ou inappréciable. Les accès de ce hoquet bruyant, un peu rauque, analogue parfois au jappement du chien, peuvent durer de quelques minutes à plusieurs heures, et dans certains cas même, comme dans celui qui est rapporté par Raulin, il est à ce point violent et continuel que la malade trouve à peine le moment de prendre quelques gorgées de bouillon pour se nourrir (2); enfin on a noté des épidémies de hoquet survenant sous l'influence de l'imitation.

On observe aussi le phénomène du *sanglot* par convulsion spasmodique du diaphragme, celle-ci prenant parfois une telle intensité qu'elle détermine le rejet des matières alimentaires hors de l'estomac, et des éructations gazeuses extrêmement bruyantes. Dans un cas que nous avons observé, on voyait à chaque mouvement inspiratoire le diaphragme s'abaisser brusquement avec force et refouler tous les viscères abdominaux en faisant saillir la paroi antérieure depuis l'épigastre jusqu'au pubis; la secousse inspiratoire, qui se répétait un nombre considérable de fois pendant plusieurs heures ou plusieurs jours, produisait un bruit laryngien très intense dû au passage brusque de l'air entre les cordes vocales, et donnait lieu à des gargouillements stomacaux et à des borborygmes très bruyants.

VI. — Dans un cas de *spasme du diaphragme* observé par Briquet, ce muscle s'élevait et s'abaissait rapidement et avec une telle force que toute la paroi abdominale était ballottée, que les intestins et l'estomac violemment secoués donnaient un bruit analogue à celui d'un liquide fortement agité dans un grand vase à parois sonores (3).

(1) V. *France méd.*, n° 44 et 45, p. 518 et 532.

(2) Raulin. Traité des affections vaporeuses du sexe. 1758, p. 118.

(3) Nous avons observé un cas absolument semblable, consigné dans la thèse de Fouquet, sur quelques spasmes d'origine hystérique (Thèse, Paris, 1880, p. [illegible]).

L'état tout opposé, la *paralysie du diaphragme* est un phénomène extrêmement rare, puisqu'il n'a été observé que deux fois par Briquet, et une fois par Duchenne, de Boulogne.

VII. — Notons encore les *bâillements*, les *soupirs*, les *accès d'éternuement*, dont on a vu les secousses se produire une centaine de fois par accès (Brodie), et surtout les *rires* et les *pleurs* hystériques qui ont un caractère nettement convulsif. Les accès de *rire* se produisent, soit comme prodrome des accès convulsifs soit en dehors d'eux. Ce sont ces derniers que nous avons plus particulièrement en vue. Landouzy cite le fait observé par Zwinger, et relatif à une jeune fille de Bâle qui fut prise sans cause connue d'un rire inextinguible la première nuit de ses noces; Houillier raconte que les deux filles du président de Rouen étaient prises de temps en temps d'un rire d'une durée ayant une à deux heures qu'on ne pouvait arrêter « ni par leur « faire peur et terreur, ni par honte et admonitions, de sorte que « tancées par leurs parents, respondoient n'estre en leur puissance « de se garder de rire » (1). Briquet parle d'une jeune hystérique qui était prise d'un rire spasmodique absolument involontaire et que le chagrin n'empêchait pas; il lui arrivait souvent de rire quand elle avait envie de pleurer, et parfois elle riait et pleurait presque en même temps. Nous n'insistons pas sur cet accident parfaitement connu, nous bornant à citer une de nos malades qui a été prise pendant plus de deux heures, avec quelques légères intermissions, d'un rire invincible. — Les *pleurs* surviennent le plus souvent à la fin des accès convulsifs.

D. — Du côté de l'*appareil broncho-pulmonaire*, on peut observer des *spasmes bronchiques* (pseudo-asthme hystérique) et des *troubles vaso-moteurs* (hémoptysies).

Nous décrirons ces derniers plus loin, et nous ne nous arrêterons qu'à la description de la *dyspnée hystérique* dont l'origine et les causes sont variées: 1° Dans sa forme la plus grave que nous avons décrite plus haut, elle peut être due à un spasme de la glotte et donner lieu à tous les accidents de la *suffocation pseudo-croupale* (*hystérie suffocante*, ἄπνοια υστερικη de Galien). 2° Elle peut être due également à un état de paralysie ou même de contracture du diaphragme. 3° Elle est provoquée par un état spasmodique des bronches presque analogue à l'asthme (*asthma uteri* de Van Helmont). Alors, les malades présentent des accès qui ressemblent par certains caractères aux accès d'asthme réel: il y a des râles sibilants dans la poitrine, le murmure vésiculaire est un peu affaibli, l'expectoration ressemble à l'eau gommée; mais ces accès de dyspnée ne sont pas nocturnes, ils surviennent le jour comme la nuit, souvent à l'approche ou à la fin

(1) Hollerii. De morb. int., lib. II, cap. 59 (citation de Landouzy).

d'une attaque convulsive, sous l'influence d'une émotion; enfin, si parfois les respirations sont ralenties comme s'il s'agissait d'un état parétique du nerf vague, le plus souvent elles sont accélérées et acquièrent parfois une fréquence extrême (1). C'est ainsi que nous relevons dans la clinique d'Andral (2) l'histoire d'une femme hystérique dont lès accès étaient caractérisés par de violentes palpitations avec teinte bleuâtre des extrémités, et surtout par une accélération des mouvements respiratoires qui atteignaient le chiffre de cent quarante par minute; Todd a cité une observation où cette fréquence était de quatre-vingt-dix à cent vingt par minute; nous avons aussi vu de nombreux cas où cette accélération des mouvements respiratoires constituait le fait dominant, les malades n'éprouvant pas de dyspnée bien accusée. Il en résulte qu'il ne faut pas confondre la *polypnée* et la *dyspnée* hystériques. 4° Enfin, la dyspnée peut exister d'une façon indirecte, par suite de l'hyperesthésie de la paroi et des muscles de la paroi thoracique (thoracalgie, pleuralgie), de la douleur que provoque la respiration, et aussi de certains troubles digestifs (*dyspnée gastrique*).

E.— Jusqu'ici, en étudiant les accidents que l'hystérie produit du côté du larynx (toux, aphonie hystériques) du poumon et des bronches (dyspnée hystérique) de l'estomac (gastralgie hystérique), nous avons vu que les deux portions respiratoire et gastrique du nerf vague pouvaient être atteintes par la névrose; il nous reste maintenant à étudier les troubles intéressant la portion cardiaque du même nerf et l'appareil *circulatoire*. Du côté du cœur, on observe souvent des accès de *palpitations* qui acquièrent parfois une violence extrême, qui s'accompagnent d'une douleur précordiale avec pâleur des téguments, refroidissement des extrémités et tendance aux lipothymies; cette douleur est souvent angoissante, paroxystique, et rappelle celle de l'*angine de poitrine*. D'autres fois, il s'agit d'accès réels d'angor pectoris remarquables par la violence de la douleur, la répétition des crises (comme nous l'avons déjà dit page 339) et aussi d'après M. Marie (3), par la fréquence des troubles vaso-moteurs.

Les palpitations peuvent encore être douloureuses d'une façon indirecte, par suite de l'existence d'une névralgie intercostale gauche et de l'hyperesthésie de la paroi précordiale; d'autres fois il y a des *syncopes* fréquentes, ou encore il y a des irrégularités et inégalités des contractions du cœur, avec alternatives d'ampleur et de petitesse, de lenteur et de précipitation du pouls radial; les malades

(1) Quum vapor in diaphragma, thoracisque partes affectus, respirationem brevem crebrumque tanquam compresso pectore facit. (Fernel, Path. lib. VI, cap. XI p. 563).

(2) Clin. méd., t. III, p. 510.

(3) Marie. Mémoire inédit sur l'angine de poitrine des hystériques (1882).

éprouvent la sensation d'arrêt, d'augmentation de volume du cœur, et les douleurs qui existent au niveau de la pointe et des espaces intercostaux correspondants, les confirment trop souvent dans l'idée qu'elles sont atteintes d'une affection organique du cœur, et le médecin lui-même peut être entretenu longtemps dans cette erreur, surtout si l'on constate, non seulement à la base, mais aussi à la pointe du cœur, un *bruit de souffle* que l'on doit rapporter à sa vraie cause, la contraction exagérée des muscles tenseurs des valvules, par suite de la violence de la palpitation. Parfois toutes les branches du pneumogastrique peuvent être successivement ou simultanément atteintes, et telle malade présente à la fois des accidents dyspnéiques, des troubles gastriques avec ballonnement stomacal, des palpitations extrêmement violentes. C'est même là un des exemples assez nombreux des *synergies morbides du pneumogastrique* que nous avons étudiées (1).

Ces palpitations peuvent aussi affecter les artères viscérales, et donner lieu aux *battements artériels*, aux *pulsations abdominales* dont nous avons parlé dans un chapitre précédent. Notons encore les *bruits vasculaires* du cou que l'on constate en l'absence de tout état anémique, et sous l'influence du spasme des vaisseaux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 *avril* 1882. — *Présidence de* M. HARDY.

KYSTE SUPPURÉ DU FOIE, INCISION, GUÉRISON. — *M. Queirel*, de Marseille, lit une observation dans laquelle un homme de 35 ans, atteint d'un abcès du foie depuis 1875, et traité sans succès par la méthode de Récamier, fut guéri par une large incision, le drainage et le pansement de Lister. Le 8 avril 1882, le malade était complètement rétabli.

LE CHLOROFORME ANESTHÉSIQUE. — *M. Panas* est incité à prendre la parole dans cette discusion par la communication de M. Vulpian. Il faut d'abord se demander de quelle façon agit le chloroforme chez l'homme pour produire des accidents. Le chloroforme agit soit comme agent toxique, soit comme agent asphyxique, soit comme déterminant les réflexes respiratoires et cardiaques.

Pour résoudre cette question, M. Panas distingue l'action du chloroforme au début, pendant la chloroformisation et après l'anesthésie.

(1) H. Huchard. Angine de poitrine cardiaque, etc. Remarques sur les synergies morbides du pneumogastrique (Union méd. 1879). — Voir une observation de e Glascav (de Saint-Louis). Phénomènes hystériques successifs (toux, dyspnée, ardialgie, palpitations, angine de poitrine (Saint-Louis, Courrier méd., p. 222, ept. 1881).

Les accidents qui peuvent se passer au début sont exactement ceux qui ont été décrits par M. Vulpian chez les animaux. L'individu est pris d'une gêne respiratoire ; parfois il pâlit ou bleuit, les mouvements mécaniques de la respiration persistent, mais sans effet; le cœur continue de battre. Les phénomènes se passent à ce moment comme si le cœur ne respirait pas, quoique les battements de cet organe restent normaux. Il n'y a pas ici d'intoxication par le chloroforme, il n'y a pas non plus asphyxie, ni syncope : il y a un trouble mécanique de la respiration, c'est une action réflexe, c'est la syncope respiratoire de M. Vulpian. Ces accidents sont encore légers, parce qu'il n'y a pas d'intoxication; si à ce moment on intervient, le calme se rétablit.

La prophylaxie pour cette première période consiste à cesser immédiatement le chloroforme pour rétablir la respiration. Après cette première étape le malade entre dans une période plus tranquille.

Dans la seconde période, il y a le même changement de la physionomie, la même conservation des phénomènes mécaniques de la respiration, alors que cependant le malade ne respire pas. Ici encore il y a la gêne mécanique de la respiration. Ainsi donc, si le malade est menacé, ce n'est pas qu'il respire trop de chloroforme, c'est qu'il ne respire ni chloroforme, ni air. Il ne faut pas considérer le pouls comme la sentinelle avancée qui doit avertir du péril ; elle n'avertit que trop tard. Il y a plus de vingt ans que M. Panas insiste sur ce point, qu'il faut surveiller avant tout la respiration, beaucoup plus que le pouls.

M. Panas, sur environ 2,000 chloroformisations, n'a eu qu'un cas de syncope primitive. Lorsque ce malade est mort, il s'agissait d'un jeune homme de 16 ans atteint d'un polype naso-pharyngien et chez lequel M. Panas voulait réséquer une partie du maxillaire supérieure. L'enfant perdit beaucoup de sang, il était très anémique et cette anémie vint s'ajouter à la gêne respiratoire provoquée par le chloroforme.

L'action de l'éther sur les centres est moins nuisible que celle du chloroforme. et surtout chez les animaux l'éther est assurément plus recommandable. M. Panas eut à faire avec M. Gosselin une amputation de cuisse chez une femme fort épuisée depuis longtemps par une tumeur blanche du genou. La malade fut éthérisée par M. Gosselin; grâce à une compression digitale de la crurale très bien faite par M. P.-L. Championnière, alors interne de M. Panas, la malade ne perdit pas de sang et guérit de son amputation.

Dans la troisième période, lorsque le malade est complètement endormi, il y a beaucoup moins de danger que dans les deux périodes précédentes. Il y a à cet égard une différence complète entre

'homme et les animaux ; chez l'animal, dans cette période, il suffit l'exciter le nerf sciatique pour provoquer une syncope mortelle. Chez l'homme il n'en est pas de même. Dans les cas d'élongation des nerfs de la cinquième paire, dû nerf sciatique, comme M. Panas en a rapporté récemment des exemples, on ne voit en général aucun accident.

M. Panas croit qu'en suivant ces préceptes les accidents sont très rares ; mais il a surtout voulu montrer à quelle période ces accidents arrivent. Lorsque le malade est saturé de chloroforme, par exemple dans les ovariotomies, alors que les malades sont tenues dans 'anesthésie pendant deux heures et qu'elles sentent ensuite le chloro-'orme pendant trois jours, il n'y a pas d'accident. Le chloroforme 'est donc pas un agent toxique qui empêche les globules d'absorber 'oxygène de l'air.

Il y a huit jours, chez une petite fille de 9 ans atteinte de gliôme de 'orbite, M. Panas a dû enlever toutes les parties molles de l'orbite n raclant même le périoste. L'opération a été très longue ; on a dû mployer, chez cette petite fille de 9 ans, 50 grammes de chloro-orme, cependant il n'y a eu aucun accident, et la petite malade va ujourd'hui très bien. Il n'en serait certainement pas de même si le hloroforme était un agent toxique dont l'action serait en raison nverse de l'âge de l'individu et en raison directe de la quantité du iquide employé.

M. Rochard. La communication de M. Panas se compose d'une artie scientifique et de conclusions pratiques. Pour celle-ci, il en st une que M. Rochard croit devoir combattre, c'est celle qui con-iste à recommander l'éther au lieu du chloroforme chez les per-onnes anémiées. M. Rochard a employé souvent le chloroforme chez es personnes très affaiblies. Dans ces cas il a vu, sous l'influence l'anesthésie, le pouls se relever ; il croit donc que l'on peut employer chloroforme chez les individus anémiés et épuisés comme chez les itres. Il faut employer le chloroforme dans tous les cas.

Dans toute cette discussion on n'a parlé que de dangers courus ır les malades. Certainement ces dangers sont très réels, mais ils nt si peu de chose relativement au nombre considérable de malades i s'en trouvent très bien, qu'on peut les comparer aux dangers e l'on court lorsqu'on monte en chemin de fer.

M. Dujardin-Beaumetz désire rapporter un cas de mort par le loroforme. Depuis quelque temps il fait chez les malades atteints sciatique l'extension sous-cutanée du nerf sciatique en faisant chir fortement la cuisse sur l'abdomen et en étendant la jambe sur cuisse, de manière que le pied vienne presque au contact de la ure. Il est nécessaire qu'il y ait une résolution musculaire complète pour cela M. Dujardin-Beaumetz endort ses malades. Le dernier

avait à peine respiré quelques vapeurs de chloroforme lorsqu'il a brusquement succombé.

L'autopsie du malade n'a pu être faite. On ne sait donc s'il y avait des lésions viscérales; mais cet homme a présenté tous les symptômes de ce que l'on vient de décrire sous le nom de syncope respiratoire. Le malade s'est raidi et a brusquement succombé. Jusqu'au bout le pouls a battu très régulièrement. On avait employé aussi exactement que possible la méthode de M. Gosselin.

Depuis le début de cette discussion sur le chloroforme, trois malades ont succombé, l'un dans les mains de M. Trélat, l'autre dans les mains de M. Martel, à Saint-Malo, l'autre dans les mains de M. Dujardin-Beaumetz. Il doit donc rester acquis que le chloroforme est un moyen très dangereux.

M. Gosselin n'a pas vu chloroformer le malade de M. Dujardin-Beaumetz; il ne peut donc parler de ce fait.

M. Gosselin trouve les conclusions de M. Panas trop vagues; il ne suffit pas de dire qu'il faut beaucoup d'attention et de prudence: il faut de plus chercher à donner des règles pour la chloroformisation.

M. Panas. Ce qui m'effraie toujours, c'est l'apnée, c'est la fermeture des voies aériennes, et non la quantité plus ou moins grande de chloroforme employé. Il faut donc surveiller constamment le jeu de la respiration.

RÉSECTION DU COUDE. — M. Ollier a pratiqué ces jours derniers sa 106e résection du coude. Dans toutes les opérations de ce genre qu'il a pratiquées depuis six ans, M. Ollier n'a perdu aucun malade.

L'ankylose du coude n'est pas l'idéal pour M. Ollier chez les malades atteints de tumeur blanche; il n'hésite pas à pratiquer la résection chez les malades qui marchent vers l'ankylose. On peut reconstituer les articulations sur leur type primitif; dans ces derniers temps, M. Ollier a pu démontrer cette proposition par une pièce anatomique. En 1873, il a pratiqué la résection totale du coude chez un homme alors âgé de 27 ans; cette articulation s'était tellement bien reconstituée que tous les mouvements étaient possibles. Ce malade est mort l'an dernier d'une affection absolument étrangère à sa tumeur blanche et il a eu la bonne idée de léguer son coude à M. Ollier.

Les articulations peuvent se reproduire de deux façons: par néoformation osseuse latérale, ou par néoformation osseuse à la fois latérale et longitudinale. Le coude prend alors la forme du cou-de-pied: il se fait des saillies osseuses au niveau des tubérosités latérales de l'articulation et ces saillies emboîtent le cubitus et le radius. La néoformation osseuse est évidente, surtout lorsque l'on compare les pièces enlevées à celles qui se sont reproduites. Sur la pièce présentée par M. Ollier, il y a de 12 à 15 millimètres d'os reproduits dans l.

ens longitudinal. Cette articulation était très solide et le malade ouvait soulever à bras tendu un poids de 11 kilogs.

Nulle part dans cette articulation il n'y a de reproduction de carlage diarthrodial comme dans les articulations normales.

C'est la seule pièce de ce genre que M. Ollier ait pu montrer jus-i'ici ; mais il observe un grand nombre de malades chez lesquels le inctionnement du membre ne laisse aucun doute sur la reproducon de l'articulation.

M. Ollier pense que l'on ne doit pas hésiter à multiplier une opé-.tion qui donne de pareils succès.

La plupart des opérés étaient des tuberculeux. Il faut diviser ceux-en trois classes : les tuberculeux qu'il faut opérer, ceux que l'on ›ut opérer et ceux auxquels il ne faut pas toucher. On peut faire s résections chez les tuberculeux pour les soulager, mais sans auine illusion, dans les cas de douleurs vives et persistantes. Non ulement on conserve à l'opéré un membre utile, mais encore on a ›spérance d'améliorer ainsi la santé générale.

M. Tillaux dit que, lorsqu'un sujet présente une ankylose du ›ude et que le bras est ankylosé dans une bonne position, il y a en-›re indication à réséquer. M. Tillaux croit que, lorsque le sujet se ›rt très bien de son bras dans toutes les circonstances de la vie, il st préférable de ne pas y toucher.

M. Ollier fait surtout la résection chez les jeunes sujets qui ont ›soin d'avoir toute la mobilité de leur membre. Le chirurgien dans ›s cas ne doit pas proposer la résection, mais il peut accepter de faire si on le lui demande. Au-dessus de l'âge de 25 ans, pour s raisons physiologiques, M. Ollier ne tenterait pas la même opétion.

La séance est levée à 4 h. 3/4.

VARIÉTÉS

Le banquet de l'internat.

Le banquet annuel de l'internat réunissait samedi soir 151 con-'es venus de tous les points de la France et un peu même de tranger. Pas n'est besoin de dire que la gaieté régnait, un peu ıyante même, et très communicative, comme au bon temps des les de garde. Ces réunions amicales, qui n'ont que le défaut tre beaucoup trop rares, sont de plus en plus recherchées à tous degrés de l'échelle médicale. Au milieu d'un grand nombre de ınes internes en exercice, nous avons remarqué un certain nombre noms dont la profession a le plus à s'enorgueillir; la figure touırs spirituelle et toujours jeune de M. Ricord, assis à la droite du

président, montrait qu'on retrouve toujours avec plaisir les souvenirs de première année d'internat. Avec M. Ricord, citons parmi les convives du banquet M. le professeur Hardy, président, MM. les professeurs Panas, Trélat, Bouchard, Cornil; MM. Bergeron, Millard, Archambault, et un grand nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux; M. Cazelles, directeur de la sûreté générale au ministère de l'intérieur, et les délégués de la province et de l'étranger, Lengl... (de Reims), Blanquinque (de Laon), Léger (d'Amiens), Pamard (d'Avignon), Gautier (de Genève), Obédénare (de Bucharest), actuellement secrétaire d'ambassade.

Au dessert, M. Hardy a pris la parole pour porter le toast suivant :

« Messieurs, à la fin de ce banquet et avant de quitter cette table, entouré de gais et nombreux convives, je propose le toast de circonstance : A l'internat, au lien commun qui nous réunit tous, sans distinction d'âge et de position.

« L'éloge de l'internat n'est plus à faire, je dirai seulement pour prouver son excellence que, dans le temps où nous vivons et où nous voyons autour de nous tant de changements, l'internat est une des rares institution qui soit restée debout et contre laquelle on ne se soit permis aucune attaque.

« Établi en 1802, il y a quatre-vingts ans, l'internat a continué fonctionner dans les mêmes conditions et a toujours été une ha... école d'instruction et de dévouement professionnels.

« D'un autre côté, la communauté d'origine par le concours, c'est-à-dire par le travail, établit entre nous tous une véritable parenté et c'est une fête de famille que nous célébrons aujourd'hui.

« Mais, Messieurs, dans les familles bien unies, on ne se contente pas de se réjouir d'être ensemble, on pense aussi aux absents, on donne surtout des regrets à ceux qu'on ne verra plus et qui ont cessé d'exister. Cette expression de regrets est un devoir pour moi, votre Président, et je tiens à le remplir.

« Tout d'abord se présente à mon souvenir le nom de ceux qui ont succombé victime de leur devoir professionnel; depuis l'an dernier Clozel de Boyer, Cossy, tous deux de la même promotion de 1874 ont été atteints dans le même service des Enfants-Assistés par ... cruelle diphthérite et ont été enlevés rapidement; je demande que le premier hommage soit adressé à leur mémoire.

« Un an auparavant, dans ce même hospice des Enfants-Assistés Jarry avait été également atteint de la diphthérite et il avait résisté à la maladie, mais en ayant la douleur de perdre sa mère frappée par la même angine grave contractée à son chevet; malgré cette atteinte portée à sa santé, il se présentait à l'internat et il était nommé premier au concours de 1880; il n'a pas joui longtemps de sa

triomphe : quelques mois plus tard il était enlevé, à l'hôpital de la Charité, par une affection rhumatismale des plus graves.

« Nos trois collègues étaient jeunes, la mort a été pour eux une surprise et pour nous un douloureux étonnement. Il en a été de même de Nanaud, de Courbatien, enlevés dans la première année d'internat. Mais on meurt à tout âge et comme contraste rassurant pour les jeunes et pour nous tous, je vous citerai le nom du Dr Gagnion, interne de 1804, depuis longtemps notre doyen de l'internat et mort l'an dernier à l'âge de 96 ans, après avoir pendant plus de soixante-dix ans honorablement exercé la médecine dans la ville de Vitry-le-François. L'année, d'ailleurs, a été cruelle pour nous et nous avons à déplorer la perte d'un grand nombre de nos collègues, je vous nommerai Crouet, Pain, Bourgeois (de Melun), Martin de Gimard, Folliot, mon ancien interne Raison qui s'était fait une belle position aux eaux de Cauterets, Marcé, mort au Caire, Duhamel, ancien maire de Boulogne, Armand Moreau, qui avait dû sa nomination à l'Académie de médecine à des travaux intéressants de physiologie, de Grusse, médecin du lycée de Vanves, Houel, conservateur du musée Dupuytren, Huet, (de Montargis), auquel on doit, comme sujet de sa thèse, le premier travail sur l'emploi du bromure de potassium et qui collabora avec Claude Bernard à un manuel de médecine opératoire, Chantreuil déjà très connu à Paris comme accoucheur, Maurice Raynaud enlevé dans tout l'éclat de son talent et de son succès professionnel, Briquet, célèbre par ses travaux sur l'hystérie, ancien agrégé, ancien médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, savant modeste, mais de la plus haute honorabilité.

« Mais, j'ai à vous rappeler un peu plus longuement la disparition d'une des personnalités les plus originales de l'internat, je veux parler de Littré, interne de 1826, qui présenta cet exemple, peut-être unique, de n'avoir eu en médecine aucun autre titre officiel que celui d'interne, ainsi qu'il le dit de lui-même dans un de ses ouvrages : « J'ai beaucoup écrit sur la médecine, j'ai vécu dix ans dans les hôpitaux, comme externe, comme interne et comme élève assidu de M. Rayer, et cependant je n'ai passé aucun examen, je n'ai aucun titre officiel, et je ne suis pas docteur. » (Médecine et médecins. Préface.) Au moment où il terminait son internat, il perdit son père, il n'avait pas les moyens d'attendre la clientèle, il fallait gagner de l'argent tout de suite pour subvenir à son existence et à celle de sa mère, il se fit traducteur, journaliste, écrivain et vous savez où est arrivé, à force de travail, ce bénédictin laïque comme on l'a désigné avec esprit. Nous saluons dans Littré une des gloires les plus pures de l'internat.

« Enfin, j'ai à vous citer, comme le plus illustre de ceux que nous

avons perdus, le professeur Bouillaud, enlevé subitement à l'âge de 84 ans, après avoir occupé, parmi les médecins de son temps, un des premiers rangs, comme professeur, comme écrivain, comme orateur.

« Je n'ai pas à vous parler ici de ses ouvrages, de ses doctrines qui ont eu un si grand retentissement, je veux seulement vous dire que Bouillaud était fier de son titre d'interne et qu'il savait s'en glorifier au besoin ; permettez-moi sur ce point une anecdote qui peut trouver place ici. Il y a quelques années, Bouillaud se trouvait dans une station d'eaux minérales et se promenant un jour avec quelques personnes; il vint à passer devant une maison sur la porte de laquelle se trouvait inscrit le nom d'un médecin, suivi de cette désignation: *ancien interne des hôpitaux de Paris.* Une dame présente ayant contesté la valeur de cette dernière qualité, bonne, disait-elle, seulement pour un étudiant, Bouillaud entra dans une sainte colère et s'écria : « Vous ne savez pas ce que c'est qu'un interne ; je suis professeur à la Faculté de médecine de Paris, je suis membre de l'Institut, je suis Commandeur de la Légion-d'Honneur, et à toutes ces distinctions je préfère mon titre d'ancien interne des hôpitaux, car c'est l'internat qui m'a ouvert le chemin dans la carrière que j'ai parcourue plus tard.

« Messieurs, je suis loin d'approcher de Bouillaud pour le mérite et pour la gloire, mais je dirais comme lui, le titre qui m'a fait le plus de plaisir c'est celui d'interne et vous me permettrez surtout d'en être fier aujourd'hui puisqu'il me procure l'honneur de présider ce banquet et qu'il me donne le droit de porter le toast à l'internat, aux internes. »

M. Chauffard (interne médaille d'or) a répondu en portant un toast à nos maîtres ; M. Ricord a montré en quelques mots qu'il méritait toujours sa grande réputation d'homme d'esprit, comme celle de syphiliographe éminent, et il a bu aux internes de province, et M. Pamard (d'Avignon) a répondu avec une verve toute méridionale au nom de ceux-ci.

L'un des attraits de ces réunions est la chanson toujours inédite que M. Tillot dit avec beaucoup d'art à la fin du banquet. Notre spirituel confrère de Luxeuil est resté fidèle à sa réputation en nous chantant plusieurs chansons toujours accueillies avec le même plaisir.

NOUVELLES

— M. LE DENTU, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses cliniques le mercredi 20 avril, à 9 heures 1/2, et les continuera les lundis et mercredis suivants.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc. Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

-Neuvième année — Tome I. N° 47 Samedi 22 Avril 1882

LA

[F]RANCE MÉDICALE

[BU]REAUX
[On s']abonne chez
[A. DELAHAY]E et E. LECROSNIER
Place
[de l'Écol]e-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
[Professeu]r de clinique chirurgicale,
[Membre] de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale,
Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
[Professeu]r agrégé à la Faculté,
[Chiru]rgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

[Tout] ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
[Les ouvr]ages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
[Les annon]ces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 47. Samedi 22 Avril 1882

LA FRANCE MÉDICALE

La laïcisation de l'hôpital Tenon et de l'hôpital de Lourcine.

Le Conseil de surveillance des hôpitaux vient de décider, par 9 voix contre 7, la laïcisation de l'hôpital Tenon et de l'hôpital de Lourcine. Nos lecteurs se rappellent l'impression produite l'année dernière quand le Conseil vota la laïcisation de la Pitié et de Saint-Antoine. Près de cent médecins et chirurgiens des hôpitaux protestèrent avec énergie contre cette décision.

A cette époque, nous avons reproché à l'administration de ne tenir aucun compte de l'opinion du Corps Médical sur uné mesure de cette importance.

Nous ne cesserons de soutenir que, dans toutes les questions hospitalières, ce sont les médecins et les chirurgiens des hôpitaux qui ont la plus grande compétence pour juger de l'opportunité des réformes ou des améliorations à apporter dans nos hôpitaux. Mais le directeur de l'Assistance publique ne tient aucunement compte de l'opinion des médecins des hôpitaux. Ce n'est pas à ceux-ci qu'il cherche à complaire. Il cherche ailleurs, malheureusement pour la bonne administration de l'Assistance publique, ses inspirations.

Tous les médecins de Tenon avaient protesté l'année dernière. On laïcise cet hôpital un des premiers. Quant à l'hôpital de Lourcine, c'était un des derniers où cette mesure dût être appliquée.

Pour ceux qui connaissent ce singulier hôpital, il est hors de doute que les surveillantes laïques auront bien du mal à se faire respecter par sa clientèle ordinaire.

Nous reproduisons ici une lettre que M. Armand Després vient de publier dans la *Gazette des hôpitaux*. Nous voudrions bien savoir si M. Quentin démentira le propos qui lui est prêté dans le Post-Scriptum de la lettre du chirurgien de la Charité.

Nous voudrions pour l'honneur de l'administration française qu'il fût démenti. S'il ne l'est pas, on peut juger des moyens qu'ose employer M. le directeur de l'Assistance publique pour essayer d'étouffer les réclamations et de se soustraire à la légitime autorité que donnent à nos chefs de service leur savoir et leur dévouement pour les malades. E. B.

Voici la lettre de M. Després :

Paris, le 11 *avril* 1882.

Le conseil de surveillance des hôpitaux vient d'émettre, par 9 voix contre 7, un avis favorable à la laïcisation de l'hôpital Tenon et de l'hôpital de Lourcine. Le directeur de l'Assistance publique et la

majorité du conseil de surveillance, au mépris de l'opinion motivée de la grande majorité des médecins et chirurgiens des hôpitaux, ont tenu sans doute à satisfaire le conseil municipal. Ils ont même refusé tout examen de la question, tant ils étaient pressés.

Voilà donc ce que M. le directeur de l'Assistance publique et la majorité du conseil de surveillance ont trouvé pour remédier au manque de lits dans les hôpitaux. Il va falloir créer à l'hôpital Tenon et à l'hôpital de Lourcine plus de trente logements d'employés de trois chambres au moins pour les laïques, au lieu et place de salles de malades.

Le gouvernement sincèrement républicain de notre pays, qui, dans ses prisons et ses hôpitaux militaires, conserve les religieuses qui assurent un service propre, honnête et à bon marché, ne peut avoir un autre poids et une autre mesure pour les hôpitaux civils. Il est peut-être temps qu'il avise ou qu'il rende l'autonomie aux hôpitaux.

Il faut espérer que M. le directeur de l'Assistance publique tiendra compte de la respectable minorité qui s'est prononcée contre la laïcisation des deux hôpitaux menacés, et du résultat peu flatteur obtenu dans les hôpitaux laïcisés, Saint-Antoine et la Pitié. Il y eût eu de la part de l'administration une certaine droiture à signaler le gaspillage contre lequel il a fallu qu'on se prémunît à l'hôpital Saint-Antoine, et les accouchements de surveillantes laïques ou les maladies de leur famille qui ont entravé le service de la Pitié.

Vos lecteurs m'excuseront de parler encore sur ce sujet, mais ils comprendront mon intervention quand ils sauront que j'ai été longtemps chirurgien à l'hôpital de Lourcine.

Pendant six ans, chaque jour, j'ai constaté que dans cet établissement le service ne pouvait être fait que par des religieuses. J'ai, sur ce point, une compétence qui échappe à M. le directeur de l'Assistance publique. L'expérience, j'en suis sûr, le montrera à l'administration, pour peu qu'elle veuille bien voir la vérité. Il faut supprimer l'hôpital de Lourcine et disséminer les vénériennes dans les grands hôpitaux, ou laisser les religieuses à cet hôpital.

D[r] Armand DESPRÈS,
Chirurgien à l'hôpital de la Charité, etc.

P. S. — Puisque l'occasion se présente, je voudrais aussi informer le public d'un procédé d'intimidation qui a été essayé pour assurer le succès de la laïcisation des hôpitaux. M. le directeur de l'Assistance publique aurait dit, l'année dernière, aux deux médecins qui nous représentent au conseil de surveillance : « Nous ne décorerons aucun des médecins et chirurgiens qui ont signé la lettre pour le maintien des sœurs. »

Des accidents causés par le chloroforme

Par le Dr Onimus

(Communication à la Société clinique de Paris,)

La question des accidents causés par le chloroforme étant à l'ordre du jour, j'ai pensé qu'il serait intéressant d'entretenir la Société d'un cas que j'ai eu l'occasion d'observer aujourd'hui même. Un dentiste du quartier est venu m'appeler pour un petit garçon qui, après avoir été chloroformé pour l'extraction d'une dent, restait dans un état de prostration très marqué. Lorsque nous arrivâmes, l'enfant était étendu sur le dos, la tête renversée très bas ; néanmoins la respiration était rare, le pouls très faible, et c'est à peine s'il entrouvrait les yeux lorsqu'on le secouait ou lorsqu'on lui parlait. Il y avait environ une demi-heure qu'il était dans cet état, et, d'après les renseignements que l'on nous fournit, il avait été très difficile de l'endormir, il se débattait beaucoup et bien qu'il eût désiré être chloroformé, il repoussait avec violence lés inhalations de chloroforme.

Nous fîmes aussitôt une application très courte de faradisation cutanée sur la région précordiale et sur le creux épigastrique, avec des tampons métalliques secs. La respiration et la circulation se ranimèrent aussitôt ; puis au bout d'une minute de repos nous recommencions la même opération pendant quelques secondes. Le réveil fut complet, le pouls resta normal et fort, et le malade put regagner son domicile.

A propos de ce cas, je demande à faire quelques remarques, d'autant plus qu'elles pourront peut-être compléter quelques-unes des indications thérapeutiques qui ont été données.

J'ai cru devoir employer de préférence les courants induits, et cela parce qu'il n'y avait aucune imminence de danger, mais bien un état syncopal qui se prolongeait, et une diminution assez considérable dans les mouvements respiratoires, en même temps qu'un pouls faible. Il fallait pour ainsi dire réveiller l'organisme ; *car rien n'agit aussi énergiquement* dans ces conditions que l'électrisation cutanée avec les rhéophores secs et des courants induits à interruptions rapides sur la région précordiale.

M. Vulpian a dit, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, que la faradisation d'un point du corps déterminait une excitation qui va à l'encontre du but que l'on veut atteindre, car elle a pour effet de diminuer l'action du bulbe. Cela est vrai, mais cela n'est vrai que dans le premier instant de la syncope respiratoire, et c'est pour cela que nous avons soutenu autrefois et que nous avons même eu une discussion assez vive avec Duchenne (de Boulogne) et Liégeois, discussion dans laquelle nous disions que les courants con-

tinus étaient préférables aux courants induits dans les accidents causés par le chloroforme. Les courants continus, en effet, ont la propriété très nette de réveiller les contractions du cœur, et les mouvements respiratoires sans déterminer d'ébranlement et sans risquer de diminuer l'activité du centre respiratoire.

Nous avons eu bien rarement l'occasion de faire des chloroformisations chez l'homme ; mais chez les animaux nous en avons fait un très grand nombre, et même dans le but de produire des accidents, et nous pouvons résumer nos observations en ces quelques points.

Lorsque l'animal s'endort facilement, qu'il reste calme pendant tout le temps de l'opération, il est difficile, lors même qu'on le désire, de déterminer une syncope soit cardiaque, soit respiratoire, et il est vraiment curieux de voir la quantité de chloroforme qu'on peut donner sans déterminer la mort. Souvent même on croit le cœur arrêté pour toujours, quand aussitôt la moindre excitation périphérique suffit pour rétablir la circulation et la respiration.

D'autres fois, au contraire, et chez des animaux identiques, tout d'un coup, la circulation s'arrête, et l'animal est irrévocablement mort, quoiqu'on fasse, et *alors même que la respiration continue encore quelque temps*. Ces animaux, et nous parlons surtout ici des chiens, ont été, en général, très difficiles à endormir, ils ont été agités dès le début de l'opération, et si, après une première alerte, on a pu les rappeler à la vie, il est rare qu'en recommençant les inhalations de chloroforme, on ne détermine pas de nouveau les mêmes accidents.

Ces expériences montrent, il nous semble, qu'il y a beaucoup d'analogie entre les résultats de la chloroformisation chez l'homme et chez les animaux. Mais, dans tous les cas, le fait physiologique et clinique qui nous paraît le plus important, c'est que, nous le répétons, sur un nombre très considérable d'animaux de diverses espèces (chiens, lapins, rats, cobayes, etc.) sur lesquels nous avons opéré, et chez lesquels nous voulions produire des accidents, nous avons toujours pu réveiller et remettre dans l'état normal les animaux chez lesquels la respiration était arrêtée en premier lieu, alors même que cet arrêt durait non seulement quelques secondes, mais une à deux minutes et même plus, pourvu que le cœur eût encore de légères contractions ou même un fonctionnement quelconque. Lorsqu'au contraire le cœur est arrêté brusquement, alors même que les mouvements respiratoires continuent, nous n'avons jamais pu réveiller l'animal. Nous dirons même volontiers que c'est surtout lorsque la respiration continue encore quelques instants, que la mort est le plus certaine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 *avril* 1882. — *Présidence de* M. Léon Labbé.

M. Houzé de l'Aulnoit rappelle qu'il a depuis 1876 préconisé la position verticale du membre contre les hémorrhagies à la suite d'amputation, à l'exclusion de la ligature et de la forcipressure.

Il cite deux nouveaux faits, où il l'a utilisée avec succès; l'un a trait à une amputation de jambe chez un enfant de 9 ans, l'autre à une amputation de l'avant-bras chez une femme de 40 ans.

A propos du procès-verbal, il indique qu'il fait des amputations sous-périostées depuis 1871; il n'a pas remarqué que les enfants fussent plus sujets que les adultes à des productions ostéophytiques exubérantes.

Chez les adultes, même quand le périoste n'est pas enflammé, le décollement du périoste est chose relativement facile. Chez les vieillards il ne conseille pas la méthode sous-périostée, parce que le périoste n'a qu'une très faible vitalité.

M. Nicaise fait un rapport sur un travail de M. Reclus : *De la réunion immédiate des tissus divisés par le thermo-cautère.* Le mémoire contient quatre observations auxquelles M. Nicaise en ajoute une cinquième qui lui appartient.

Le rapporteur indique les conditions de la réunion, qui sont : le degré de chaleur auquel est porté l'instrument (plus la chaleur est intense, moins l'eschare est étendue, le thermo-cautère agissant alors comme un bistouri) et l'état aseptique de l'eschare.

La profondeur de l'eschare varie avec la chaleur et aussi avec la nature des tissus divisés.

M. Ollier montre une pièce anatomique représentant l'articulation du coude d'un homme à qui il a fait une résection par la méthode sous-périostée en 1875, alors que le malade avait 27 ans.

La résection fut faite pour une ostéo-arthrite suppurant depuis longtemps.

Il y a trois ans, le malade avait repris son travail et portait à bras tendu un poids de 11 kilogrammes.

Les mouvements étaient rétablis suivant leur type normal, l'extension n'était pas tout à fait complète, et les mouvements de pronation et de supination, quoique limités à 90° ou 100°, étaient très suffisants.

L'autopsie a permis de noter une insertion régulière de tous les muscles et un appareil ligamenteux presque parfait.

Il avait enlevé 4 cent. d'humérus, 4 cent. de cubitus et 2 environ le radius.

Sur l'humérus on trouve deux néoformations latérales analogues

aux malléoles de l'articulation tibio-tarsienne ; ce qui paraît un fait important pour la solidité de l'articulation tibio-tarsienne.

L'olécrâne est représenté par une longue apophyse de près de 4 centimètres de longueur.

On ne voit pas bien ici la tête du radius cachée sous les ligaments, mais on peut la sentir rouler sous les doigts.

L'apophyse coronoïde elle-même est reproduite.

Comme moyen de glissement, au lieu d'une cavité synoviale unique, on trouve une cavité cloisonnée par une très grande quantité de tractus celluleux lâches. Pas de tissu cartilagineux : on pourrait observer peut-être chez les enfants la reproduction d'un cartilage diarthrodial.

Donc, par la méthode sous-périostée, on peut reproduire le type physiologique et aussi le type anatomique de l'articulation qu'on a enlevée, si l'on conserve l'intégrité aussi complète que possible du manchon périostéo-capsulaire.

Peut-on avoir cela avec une résection ordinaire? A défaut de comparaisons toujours très difficiles à établir entre les opérations faites par différents chirurgiens, l'expérimentation sur les animaux répond négativement. Il n'y a pas de comparaison à établir entre une résection ordinaire et une résection sous-capsulo-périostée.

M. Marc Sée. La pièce de M. Ollier est très démonstrative, au point de vue de la reconstitution physiologique et même anatomique de l'articulation ; mais elle est un peu exceptionnelle, car l'appareil ligamenteux était intact avant l'opération ; il ne faut pas s'attendre toujours à donner de bons résultats. Du reste, on peut avoir de très bons résultats avec les anciens procédés.

Il a présenté autrefois ici un malade qui jouissait de mouvements très étendus et avait une force suffisante pour soulever une chaise, et certainement, quand on découvrait son articulation, l'état anatomique de la jointure ne correspondait pas du tout à son état fonctionnel.

M. Ollier. Il faut distinguer entre les divers résultats observés à la suite de résection faite par les méthodes ordinaires. Il y a les articulations ballantes actives où les muscles sont accommodés aux mouvements anormaux de la jointure, et où les malades ont une certaine force qui, du reste, n'est jamais mesurée et est toujours inférieure à celle qu'on observe à la suite des résections sous-périostées.

Il y a les articulations ballantes passives qui ne servent à rien.

Avec la méthode sous-périostée, les résultats sont toujours bien meilleurs.

Quand j'opère des hommes travaillant de leurs mains et ayant besoin d'une certaine force, je cherche avant tout la solidité aux d-

pens des mouvements ; pour cela, après l'opération, je rapproche autant que possible les surfaces sectionnées.

Dans les cas les plus défavorables, on peut toujours conserver assez de ligaments ou de substance ligamenteuse pour avoir une capsule. Quand les ligaments sont envahis par les fongosités, il vaut mieux s'arrêter en deçà qu'aller au delà dans l'ablation de ces fongosités ; pour mon compte, plutôt que détruire l'appareil ligamenteux complètement, je laisse des fongosités que je modifie ensuite, de façon à favoriser leur transformation en tissu scléreux définitif, au moyen du chlorure de zinc, du fer rouge ou de l'iodoforme.

Les cas assurément ne ressemblent pas tous à celui que je présente; les différences tiendront au degré d'altération de l'article, et à l'âge des sujets.

Chez les enfants et les adolescents, il y a le plus souvent une ossification exubérante. Aussi chez eux j'enlève une zone plus ou moins large de capsule après que les os ont été réséqués.

Chez les vieillards, on n'obtient pas, en général, de bons résultats, à moins que le périoste ne soit un peu enflammé et n'ait été ainsi mis en état de produire de l'os.

M. Forget s'étonne que depuis que la question est ainsi à l'étude, il n'y ait pas de chirurgiens des hôpitaux de Paris qui aient apporté leurs résultats.

M. Ledentu n'est pas étonné du résultat obtenu par M. Ollier et constaté par la pièce qu'il présente ; car il est rallié complètement à l'opération depuis qu'au congrès de Lyon il a vu les malades dans le service de M. Ollier.

Mais il y a de grandes variations, suivant qu'on envisage les cas simples ou les cas compliqués, dans la facilité avec laquelle on peut faire les résections sous-périostées. Dans les résections précoces, l'opération est facile.

Dans les résections tardives, il faut conserver ce que l'on peut, mais conserver autant que possible ; on coupe dans les fongosités, en faisant autant que possible un manchon. C'est ainsi que j'ai opéré l'année dernière sur une jeune fille dont la guérison a été néanmoins rapide ; j'ai agi de même chez un Hongrois dont la guérison s'est fait attendre plus longtemps et a été interrompue par des petites poussées inflammatoires, mais qui est sur le point d'être guéri maintenant.

Du reste, la méthode sous-périostée donne une plus grande sécurité opératoire.

Au point de vue du résultat définitif, il ne faut pas être trop absolu ; j'ai vu un des premiers opérés de résection : il avait été opéré par Follin en 1853, je crois; le résultat plastique était mauvais, mais les fonctions du membre étaient assez bien conservées.

M. Ledentu répond à M. Forget que si les chirurgiens n'ont pas produit leurs résultats pour qu'on puisse établir la comparaison avec les faits anciens, c'est qu'on revoit d'autant moins les malades qu'ils ont été mieux guéris.

M. Ollier revient sur ce fait que la comparaison des résultats fournis par l'expérimentation sur les animaux est tout à l'avantage de la méthode sous-périostée. On a eu de beaux résultats autrefois : c'est qu'on conservait plus ou moins de périoste et de capsule ; car le précepte est de racler l'os autant que possible. Ce qu'on faisait autrefois sans le savoir, il a voulu l'ériger en principe.

Pour son compte, il a pratiqué 106 résections et il a eu des nouvelles de 50 de ses malades.

Ce chiffre de 106 résections paraît excessif ; néanmoins il regrette de n'avoir pas plus souvent fait de résections ; car c'est une opération excellente et presque innocente puisqu'il a une série de 48 cas sans un seul décès ; il croit qu'on doit l'appliquer à beaucoup de cas où on ne l'appliquait pas autrefois.

En tenant compte du rôle des sujets, du siège et de l'étendue des lésions, on peut prévoir les résultats de l'opération.

M. Desprès présente un malade auquel il a fait la résection du maxillaire supérieur par l'incision de Nélaton. La déformation est à peine sensible.

M. Nepveu présente pour M. Cazin une petite fille qui a subi une résection du genou avec ablation de la rotule ; il y a un peu de mobilité.

M. Marc Sée croit qu'il eût mieux valu avoir une ankylose.

P. Bazy.

VARIÉTÉS

De la véritable orthographe des noms propres en médecine.

Φωνὴ βοῶντος ἐν τῇ ἐρήμῳ.
Vox clamantis in deserto.
(Luc. cap. III, v. 4.)

Il faut une grande naïveté pour tenter d'avoir raison contre tout le monde, et pour oser combattre un usage sanctionné par le temps.

Il s'est introduit chez nous, depuis la Renaissance des lettres, une coutume qui a pris, pour ainsi dire, force de loi. Nous tenons cette coutume des Romains, qui nous en ont laissé beaucoup d'autres. Il s'agit de la véritable orthographe des noms propres.

Les latins, qui avaient une langue à désinances variables, ont donné la terminaison latine aux noms qui leur venaient de l'étranger. C'est ainsi que Ὅμηρος, est devenu *Homerus*, Γαληνός, *Galenus*

ur orthographe étant essentiellement phonétique, ils ont remplacé diphthongue ου des Grecs par *u*, qu'ils prononçaient *ou*; Σούιδας est venu *Suidas*; Πλούταρχος, *Plutarchus*.

Les Grecs modernes prononcent η comme un *i* long. En fut-il toujours ainsi et dans les différents pays de la Grèce? Nous ne le pensons pas. Les Grecs avaient leurs dialectes différents et leur prononciation particulière, comme nous, en France. Le méridional ne prononce pas notre *e* muet: il le prononce comme un *é* fermé. La prononciation de l'η était donc, selon nous, une affaire de pays ou région. D'ailleurs, les Romains, dans leur orthographe phonétique, n'ont jamais remplacé η par *i*; ils écrivaient *Hippocrates* et non *Hippocratis*, *Homerus* et non *Homirus*, *Athenæ* et non *Athinæ*, *Galenus* et non *Galinus*, *Aristoteles* et non *Aristotelis*, *Pericles* et non *Periclis*.

Au moyen âge, l'étude du grec en Europe était chose inconnue. Après la prise de Constantinople en 1453, des savants grecs vinrent se réfugier en Italie et y enseignèrent leur langue. Le 19 janvier [1]458, Gregorius, né dans le royaume de Naples, vint le premier enseigner le grec à l'Université de Paris, où il eut à peine quelques élèves. En 1470, *Unus Georgius Hermonymus*, disait Erasme, *græcè balbutiebat*. La Renaissance opéra la fusion de l'esprit gréco-romain avec l'esprit moderne. La langue latine devint la langue des savants. On écrivait, on enseignait, on discourait en latin. De cette époque, nous sont restés les *Colloquia*, d'Erasme, qui, bien que né à Rotterdam, a vécu d'esprit et de corps à Paris. Tous les noms propres ont dû subir le caprice de la mode et prendre la forme romaine. Les savants ne se sont pas contentés de latiniser les noms grecs, arabes, etc., ils ont latinisé leurs noms à eux-mêmes. Cette naturalisation forcée expose à bien des erreurs. C'est ainsi que de Del Boe ou Dubois, on a fait *Sylvius*: Siméon Dubois s'est appelé Siméon *Bosius* ou *Silvius*; Jean Du Bois s'est appelé *Joannes a Bosco*. Et que ces noms nous viennent à mettre en français, nous traduirons sans scrupule *Joannes a Bosco* par Jean Du Bosquet. G. de Baillou est devenu *Ballonius*; l'italien Della Croce est devenu *Crusius* ou *a Cruce*, — Després, *Pratensis* ou *a Pratis*, etc.

A une époque de science positive comme la nôtre, il serait bon de réagir contre cette manie rétrograde qui sent un peu trop le moyen âge ou le cloître. Il serait bon de rendre aux gens leurs noms véritables. Bossuet a métamorphosé en De Fontanes le valeureux Fuentes. Mignet dans son ouvrage sur la Rivalité de François I[er] et de Charles-Quint, dit que le premier avait emmené avec lui à Madrid son médecin Beaugenci. Ce prétendu Beaugenci n'est autre que de Burges, qui s'était latinisé en *Burgensis*, d'où notre historien a fait Beaugenci.

Julien Le Paulmier, médecin du XVI[e] siècle, a écrit un ouvrage *De morbis contagiosis*, un autre *De vino et pomace*, PALMARIO, *auctore*. *Palmarius* sera traduit par Palmier, Palmaire, Paumaire, Paumier, Paulmier, Le Paulmier. C'est toujours le même homme, dira-t-on. Assurément; mais involontairement nous songeons au fameux quatrain :

> *Alfana* vient d'*equus* sans doute,
> Mais il faut avouer aussi,
> Qu'en venant de là jusqu'ici,
> Il a bien changé sur la route.

Il est un médecin érudit fort connu qui vivait au XVI[e] siècle, à ... nous devons des traductions latines de la plupart des médecins gr... et quelques traités spéciaux sur la peste, sur les bains, sur les maladies des femmes grosses, etc., etc. On le désigne sous les noms ... Gontier d'Andernach, son pays natal. Son véritable nom était Wi... en latin *Winterius*. Le W, au commencement des mots qui ... viennent des langues germaniques, à prononciation gutturale, a ... pour équivalent *Gu*. C'est ainsi que William est devenu Guillaume, — Walter, Galtier, Wède (terme de botanique), guède, — We... Guelfe, — Weiblingen, Gibelins, — pays de Wales, pays de Galles; la danse de Saint-Wit, Weit, Whyt est devenue la danse de Saint-Gui, etc. *W*inter s'est donc tout naturellement transformé en *Guint*..., nom absolument équivalent, si l'on veut, en l'exprimant, employ... la prononciation gutturale.

Toutes ces métamorphoses de noms sont regrettables au point de vue de la philologie et de l'histoire, et il serait bon de revenir aux noms réels, ce qui ne ferait jurer ni le bon sens, ni la raison. L'usage seul pourrait protester.

Quand l'usage est mauvais, pourquoi le conserver?

Si nous entendions citer à Athènes le chirurgien MICROS, à Londres le chirurgien John Lewis LITTLE, à Berlin Johann Ludw... KLEIN, nous aurions d'abord quelque peine à reconnaître notre Jean Louis Petit. Respectons donc les nationalités.

Dans un numéro de *l'Abeille médicale* d'Athènes ('Ιατρικὴ Μέλισσα...) il est parlé du chirurgien Βουάγιε. J'avoue ne pas avoir compris ... suite qu'il s'agissait de notre chirurgien Boyer. Si l'on eût v... observer une orthographe phonétique, on se serait plus approché de la vérité, en écrivant Βοϋέρ, sans choquer l'oreille ni l'orthographe. Aujourd'hui les Grecs font mieux; ils conservent l'orthographe et ... lettres romaines à tous les noms gallo-romains ou germaniques.

Notre manie de franciser les noms propres ne s'est pas seulement étendue aux noms grecs et latins. Nous avons encore dénaturé ... des noms italiens. Nous avons changé Botallo en Botal, — Alpini en Alpinus ou Alpin, — Cardano en Cardanus ou Cardan, — Fa...

n Fallope, — Fabrizio en Fabrice, — Aranzi en Arantius, etc., etc.

Revenons donc à l'orthographe réelle. Il ne nous en coûterait nullement de dire *Virgilius*, *Horatius*, *Homêros*, etc., et en cela ous ne ferions que suivre l'exemple que nous donnent les Anglais, s Allemands, les Espagnols. Nous disons *Hippocrate* au lieu de *ippocratès*, *Diogène* au lieu de *Diogenès*, et nous ne disons pas *éricle* au lieu de *Périclès*, *Damocle* au lieu de *Damoclès*. Pourquoi uls avons-nous changé *Aristotelès* en *Aristote?*

Il est probable que ceux qui liront ces lignes souriront et invoquent l'usage. Nous invoquerons la raison ; néanmoins il est à peu ès certain que nous perdrons notre cause, bien que nous la croyions nne. A. CORLIEU.

NÉCROLOGIE

.a mort vient de frapper un jeune interne des hôpitaux, Edmond IRBATIEN, emporté par une pneumonie double, à l'âge de 25 ans. Inie de la dernière promotion, Courbatien était, depuis le 1er janvier, rne à Bicêtre, dans le service de M. Falret.

es obsèques ont eu lieu lundi, l'assistance était peu nombreuse, l'adiistration de l'Assistance publique n'ayant pas fait parvenir dans les itaux l'avis indiquant l'heure de l'inhumation, ainsi que cela s'est jours fait en pareil cas.

es quelques internes présents ont remarqué avec regret que l'admiration n'était représentée ni par le Directeur de l'hospice de Bicêtre, Courbatien était interne, ni par aucun autre fonctionnaire.

isqu'à présent l'administration s'était fait représenter aux funées des internes morts pendant leur service. Cette fois, elle a manqué tte tradition et cet oubli des convenances a produit une douloureuse ression dans le corps de l'internat. E. B.

iarles DARWIN, l'illustre auteur de l'*Origine des espèces*, est mort à Londres, à l'âge de 73 ans. Nous rappellerons dans un prochain le les principaux travaux de l'éminent naturaliste dont les opinions ionné naissance à de si nombreuses et de si profondes discussions.

NOUVELLES

CULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 24 au ril 1882.) — *Lundi*, 24. — Doctorat, 3e (fin d'année) : MM. Four-A. Ollivier et Pozzi. — 2e, médecine opératoire (ancien mode) : Trélat, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) (ancien régime) : MM. Vulpian, Guyon et Reclus. — 2e (nouveau e, partie orale), anatomie, histologie : MM. Béclard, Duplay et t. — 3e (ancien régime) : MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 3e n régime) : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 4e : MM. Bouat, Hayem et Landouzy. — 1re classe (sages-femmes) : MM. De-Verneuil et Potain.

rdi, 25. — Doctorat, 1er, dissection (ancien régime) : MM. Sappey,

Richet et Peyrot. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e (nouveau régime, 1re partie), anatomie, histologie : MM. Le Fort, Panas et Richelot. — 2e (ancien régime) : MM. Lasègue, Peter et Humbert. — 2e (ancien régime) : MM. Jaccoud, Ball et Bouilly. — 5e (Charité) : MM. Pajot, G. Sée et Berger.

Mercredi, 26. — Doctorat, 2e, dissection (nouveau régime) : MM. Verneuil, Duplay et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime) : MM. Béclard, Guyon et Monod. — 1er (ancien régime) : MM. Charcot, Tillaux et Reclus. — 1er (nouveau régime), physique, chimie, histoire naturelle : MM. Regnauld, Hanriot et Bocquillon. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Parrot et Pozzi. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Fournier et Budin.

Jeudi, 27. — Doctorat, 1er (ancien régime) : MM. Sappey, Ball et Peyrot. — 1er (ancien régime) : MM. Le Fort, Brouardel et Berger. — 2e (ancien régime) : MM. G. Sée, Laboulbène et Humbert. — 2e (nouveau régime), anatomie, histologie : MM. Richet, Panas et Bouilly.

Vendredi, 28. — 2e (fin d'année) : MM. Vulpian, Remy et Ch. Richet. — Doctorat, 1er (dissection) : MM. Béclard, Tillaux et Terrillon. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e (nouveau mode), anatomie et histolrgie : MM. Parrot, Cornil et Reclus. — 2e (nouveau mode), anatomie et histologie : MM. Trélat, Hayem et Cadiat. — 1re *classe* (sages-femmes) : MM. Depaul, Bouchardat et Regnauld.

Samedi, 29. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Le Fort, Panas et Bouilly. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er : MM. Sappey, Laboulbène et Humbert. — 1er : MM. Richet, Ball et Peyrot. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Hardy et Berger.

Samedi, 29. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

HOSPICES CIVILS DE SAINT-ÉTIENNE. — *Concours chirurgical.* — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne (Loire) rappelle que le lundi 12 juin 1882 un concours public pour une place de chirurgien sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours aura lieu devant le conseil d'administration assisté d'un jury médical ; il durera cinq jours et se composera de cinq épreuves.

Le chirurgien nommé à la suite de ce concours entrera en fonctions le 1er juillet 1882. Son traitement sera de 1 500 fr. par an. La durée des fonctions est fixée à vingt ans.

S'adresser pour les conditions particulières au Secrétariat des hospices, rue Valbenoîte, no 40.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince

7776.

T-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 48 MARDI 24 AVRIL 1882

LA RANCE MÉDICALE

REAUX
s'abonne chez
IYE et E. LECROSNIER
Place
ole-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET — ur de clinique chirurgicale, re de l'Acad. de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.
H. DEPAUL — Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.
P. BERGER — eur agrégé à la Faculté, urgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

ser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
vrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
nonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE


VERITABL
EXTRAIT DE VIAN
LIEBIG
PRÉCIEUX POUR MALADES &
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'
EXIGER
le fac-simile de la signature
Se vend chez les Épiciers & P
EAU DE PULL

29e Année. — Tome I. — N° 48. Mardi 25 Avril 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Considérations sur l'érysipèle étudié chez les enfants.

Par M. le Dr DESCROIZILLES.
(Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.)

On peut rencontrer l'érysipèle chez les enfants de tout âge, comme chez les adultes ; ses symptômes locaux et généraux, sa tendance à se déplacer, la facilité avec laquelle il se propage d'un point primitivement affecté aux régions voisines, sont les mêmes dans les premières années qui suivent la naissance qu'à toute autre période de la vie. Je me propose d'envisager, surtout ici, certaines de ces localisations qui ont une importance particulière en pathologie infantile : je veux parler de l'érysipèle de la région ombilicale et de celui qui se développe autour des boutons de vaccine. J'accorderai aussi une mention spéciale à l'érysipèle du cuir chevelu et à celui de la face dont j'ai pu observer personnellement un assez grand nombre d'exemples.

Après la naissance, l'érysipèle se développe fréquemment autour du nombril. C'est d'abord une simple tache rouge et luisante du tégument, dont les dimensions sont primitivement restreintes et peuvent ne pas devenir, par la suite, très considérables, mais qui, le plus souvent, s'étend de proche en proche à de vastes surfaces et s'accompagne alors d'une fièvre intense. L'érysipèle de la région ombilicale peut être le point de départ d'une gangrène du cordon ou d'une péritonite; il se termine fréquemment par la mort. Son apparition chez un nouveau-né est toujours une circonstance très inquiétante. Dans quelques cas on voit la rougeur et la tension érysipélateuse partir du nombril pour envahir la totalité de l'abdomen, les lombes, les fesses, les cuisses et les jambes, tandis que, d'autre part, il se porte vers le thorax et les membres supérieurs. Quelquefois même, la teinte érysipélateuse s'éteint sur les points qui environnent l'ombilic et s'efface sur le reste de l'abdomen et sur l'ensemble du tronc, tandis qu'elle persiste aux quatre membres. Dans ces conditions, il est facile de méconnaître le véritable point de départ de l'affection, si l'on néglige l'examen local qui fera découvrir le plus souvent un épaississement ou une desquamation de la peau au voisinage de l'ombilic, sans qu'il soit possible, dans bien des cas, et en l'absence trop fréquente de renseignements, d'élucider la question d'une façon complète.

Il n'est pas rare de voir naître, sur les bras des enfants nouvellement vaccinés, la rougeur et le gonflement qui appartiennent à

l'érysipèle. Ces phénomènes inflammatoires se manifestent autour des boutons vaccinaux qui tantôt suivent leur marche régulière et atteignent seulement des dimensions plus considérables que dans leur évolution normale, tantôt au contraire cessent de grossir et sont comme arrêtés dans leurs progrès par l'apparition des symptômes érysipélateux. Cet érysipèle est quelquefois mortel; il peut devenir phlegmoneux ou s'accompagner d'adénite axillaire. On le rencontre particulièrement dans les asiles. Je l'ai observé trois fois depuis deux ans, chez des enfants de la ville; dans les trois cas, la terminaison a été heureuse.

L'érysipèle qui se développe sur le cuir chevelu et à la face a aussi une importance dans la période infantile à cause des conditions dans lesquelles on le voit survenir. Sous le rapport de la séméiologie, j'ai constamment noté l'absence d'accidents cérébraux et une terminaison favorable malgré l'intensité des phénomènes éruptifs. Le chapitre de l'étiologie me paraît être, à mon point de vue spécial, le plus intéressant. Tout le monde sait combien l'eczéma et l'impétigo de la face ou du cuir chevelu sont fréquents chez les enfants de tout âge; il est incontestable qu'une éruption eczémateuse et surtout une éruption impétigineuse de la face peuvent être le point de départ de poussées érysipélateuses. Chez un jeune garçon de 4 ans, j'ai observé récemment un érysipèle de l'oreille survenu à la suite d'un impétigo très circonscrit de la même région et qui se termina promptement sans accident. Presque au même moment, j'ai pu faire voir à mes élèves, à la consultation de l'hôpital, un érysipèle des paupières du côté droit, chez une petite fille de 5 ans atteinte d'impétigo de la joue du même côté. Ce second cas, dont le pronostic semblait sérieux, se termina favorablement, comme le premier, et il est à remarquer que, dans l'un comme dans l'autre, la cessation de l'éruption pustuleuse coïncida avec la guérison de l'érysipèle dont il avait été le point de départ.

J'ai vû deux fois, dans le courant de l'année 1880, l'érysipèle affecter le cuir chevelu chez des enfants dans des conditions spéciales. L'un de ces enfants était un garçon de 10 à 12 ans qu'on m'amena chez moi au sujet d'une pelade. Je conseillai l'emploi de frictions avec l'huile de croton réunie, sous forme de cosmétique, à de la cire blanche et à du beurre de cacao. Bien qu'ayant insisté sur la nécessité de faire l'application du cosmétique avec prudence, je vis se développer, après la seconde friction, une rougeur érysipélateuse qui envahit plus de la moitié de la surface crânienne, l'oreille du côté gauche et une partie du front; malgré son étendue, cet érysipèle guérit rapidement, sans avoir entraîné de désordres nerveux. L'autre enfant était un garçon entré dans mon service pour une teigne tonsurante. Il fut également pris, à la suite de frictions faites avec l'hui-

de croton, d'érysipèle qui affecta la plus grande partie du tégument crânien, ainsi que les deux oreilles, et se termina par la guérison. Je puis ajouter que j'emploie journellement, à l'hôpital des Enfants, la méthode des frictions avec l'huile de croton dans le traitement des teignes. Cette méthode m'a procuré d'excellents résultats et peut avantageusement, surtout à l'égard de la teigne tonsurante, être substituée à l'épilation. Les deux cas auxquels je viens de faire allusion sont les seuls dans lesquels il soit survenu des accidents érysipélateux d'ailleurs sans gravité, et ces deux faits ne changent rien à ma conviction, relativement à l'excellence de ce procédé thérapeutique.

J'ai eu tout récemment occasion d'observer l'érysipèle de la face chez un petit enfant, auprès duquel mon excellent confrère et ami, M. le Dr Boulland, m'avait appelé en consultation. Cet enfant, allaité par sa mère, était dans de très bonnes conditions d'hygiène et de santé et atteignait le commencement de la septième semaine de son existence, lorsque l'érysipèle se montra chez lui sous l'apparence d'une tache luisante et d'un rouge vif qui occupait la partie centrale de la joue droite. En deux jours la rougeur et la tension caractéristiques, bordées par un liséré très accentué, envahirent la totalité de la joue, le menton, l'oreille et la partie externe des paupières; le côté gauche de la face ne fut pas envahi et, nulle part, la ligne médiane ne fut dépassée. Cet enfant a rapidement guéri, et, à côté de l'affection cutanée, les symptômes généraux sont restés insignifiants.

On m'a présenté tout récemment, à la consultation de l'hôpital, un garçon de 12 ans chez lequel un érysipèle s'est développé sur le nez, probablement à la suite d'un impétigo des narines, car ces cavités étaient obstruées par des croûtes épaisses. L'érysipèle était remarquable ici par les nombreuses élevures phlycténoïdes existant au niveau des points que la rougeur avait envahis, par sa disposition absolument symétrique et par son siège circonscrit, au moment où nous avons examiné l'enfant, au dos et à l'extrémité du nez, tandis que, d'habitude, l'affection érysipélateuse débute plutôt par l'un des côtés, soit près de l'angle interne de l'œil, soit au voisinage de la lèvre supérieure. J'ai constaté, chez ce jeune malade, un état fébrile assez prononcé et de l'intumescence ganglionnaire en arrière de l'angle du maxillaire inférieur. Tout semblait indiquer que l'éruption, alors à sa place initiale, prendrait ultérieurement une assez grande importance. J'ignore ce que cet enfant est devenu.

J'ai eu à soigner, il y a deux ans, le fils d'un de mes parents, jeune garçon de 13 ans, chez lequel on vit survenir au quatrième jour d'un éruption scarlatineuse, qui semblait très bénigne, un érysipèle de la face, d'abord au niveau de la région orbitaire droite, puis très

promptement du côté opposé. Tandis que, du côté de l'œil droit, les paupières se dégageaient complètement, le gonflement et la tension faisaient à gauche des progrès si rapides, qu'au bout de vingt-quatre heures il était presque impossible d'écarter faiblement les paupières l'une de l'autre. Je pus cependant découvrir la surface conjonctivale de façon à constater les signes d'une ophthalmie purulente des plus intenses avec chémosis et commencement d'opacité de la cornée. MM. Roger, de Saint-Germain et Abadie, que je réunis immédiatement autour du malade, ne purent que reconnaître, comme moi, la gravité excessive de cette complication qui aboutit, en très peu de temps, à la perte complète de l'œil gauche. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce fait : il est rare d'observer l'érysipèle de la face consécutivement à une scarlatine. On a signalé, parmi les accidents qu'on rencontre dans cette fièvre éruptive, le ramollissement de la cornée, mais je ne connais aucun fait d'ophthalmie profonde et suraiguë analogue à celui dont je viens de parler. Les deux éruptions, se succédant, à quatre jours d'intervalle, ont en quelque sorte combiné leur action pour engendrer des phénomènes inflammatoires locaux d'une intensité telle que toute intervention thérapeutique devait être illusoire. Ces circonstances ne pouvaient qu'avoir une influence exceptionnellement désastreuse chez un enfant intelligent et très impressionnable qui venait d'éprouver des chagrins sérieux et poursuivait ses études avec une ardeur qu'on ne modérait pas assez. J'ajouterai que cet érysipèle, apparaissant comme épiphénomène d'une scarlatine, s'accompagnant bientôt de phlegmon de l'œil, n'a donné lieu à aucune espèce de délire.

Quel que soit le siège de l'érysipèle, il se manifeste toujours avec des caractères nettement tranchés qui, chez l'enfant comme chez l'adulte, rendent son diagnostic peu difficile. A toutes les périodes de la vie, on rencontre la teinte rouge accompagnée de turgescence et d'aspect luisant de la peau qui rendent les erreurs d'appréciation presque impossibles. Quant au diagnostic, je conseillerai, sur ce point, beaucoup de réserve. L'affection, toujours très périlleuse et souvent mortelle pour les très jeunes enfants, presque invariablement meurtrière pour le nouveau-né, peut avoir des conséquences très graves, même pour les enfants plus âgés. Je n'oublierai jamais, pour ma part, le fait que je viens de citer en dernier lieu et, en toute occasion, je considérerai comme inquiétante l'extension de la maladie à la région orbitaire. Pour l'enfant, non moins que pour l'adulte, il faut tenir compte de l'intensité des phénomènes généraux, de l'importance des prodromes, du gonflement des ganglions voisins. Chez ce très jeune enfant, atteint d'érysipèle de la face, que M. Boulland m'a fait examiner, il y a quelques semaines, l'état général était excellent, il n'y avait pas d'adénite de voisinage. Tout nous engageait

donc à formuler un pronostic favorable et l'événement a prouvé que ce pronostic était justifié. Toutefois, en pareille matière, dans la grande majorité des cas, je ne saurais trop le répéter, il faut savoir se garer des prévisions trop optimistes.

Le traitement, à mon sens, doit être fort simple. Je crois inutile de recourir aux onctions avec l'onguent hydrargyrique, aux solutions ou aux pommades d'oxyde de fer et je m'abstiendrai toujours d'appliquer des vésicatoires volants, soit sur la région affectée elle-même, soit à sa périphérie et je n'hésite pas à dire que cette application me semble devoir être le plus souvent défavorable, bien loin d'être avantageuse. Quant aux badigeonnages à l'aide de collodion élastique, soit sur toute la surface érysipélateuse, soit seulement sur ses limites, j'ai tout lieu de douter de leur efficacité, et je n'ai jamais rien vu qui m'ait autorisé à les prescrire chez les enfants. On pourra donc et on devra même, presque en toute circonstance, se borner à prescrire des lotions tièdes ou fraîches avec des décoctions de sureau, d'althæa, de feuilles de mauve, au lieu des onctions avec l'axonge ou le cold cream; enfin et surtout des applications pulvérulentes, en se servant principalement d'amidon qu'on jette avec une houpette sur les points enflammés et préalablement humectés. Ce traitement local qui, très fréquemment, n'aura d'autre avantage que de calmer la cuisson qui accompagne l'érysipèle, sera le seul rationnel chez les très jeunes sujets. Chez les enfants plus âgés, les boissons délayantes, la méthode évacuante, l'ipécacuanha même à la période de début, pourront rendre de réels services et il ne faudra pas négliger d'appeler ces moyens à son aide, sans se dissimuler qu'en les employant on pourra soulager les malades, mais non obtenir une guérison plus rapide que si l'on s'abstenait de toute médication interne.

Du rôle des poussières charbonneuses dans la pathologie du houilleur.

par le Dr Paul Fabre (de Commentry),
Président de la Société des sciences médicales de Gannat.

Les poussières charbonneuses, en laissant de côté leur accumulation dans les voies respiratoires (anthracosis, pneumoconioses), produisent sur les houilleurs les particularités suivantes :

La houille pulvérulente n'exerce aucune action spéciale sur la peau Les impétigos, les eczémas, que quelques auteurs ont attribués à l'influence des poussières charbonneuses, ne surviennent que lorsque les galeries de mines contiennent une eau tenant en dissolution ou en suspension quelque principe irritant. Les trieurs de charbon, qui travaillent à la surface du sol, vivent dans une atmosphère charbon-

neuse et manient la houille autant et plus que les ouvriers du fond, n'ont pas, en effet, de ces éruptions.

Presque tous les mineurs présentent des cicatrices caractéristiques d'une coloration nettement bleue ; ces cicatrices, indélébiles comme un vrai tatouage, succèdent à toute plaie produite par l'action traumatique d'un fragment de charbon.

La houille pulvérulente en suspension dans l'air peut amener un léger degré de conjonctivite simple. Mais on observe aussi très fréquemment de vraies kératites, des kérato-conjonctivites, parfois avec iritis et souvent suivies d'ulcération de la cornée. Ces derniers accidents sont produits par l'implantation sur la cornée de fragments de houille projetés avec un certain degré de violence dans l'opération de l'abattage du charbon à l'aide du pic. Il suffit habituellement de débarrasser la cornée de son corps étranger pour obtenir une guérison rapide des phénomènes inflammatoires.

Il arrive assez souvent que les houilleurs se plaignent d'une diminution marquée de l'ouïe et de troubles divers de l'audition. Maintes fois, et même presque toujours, le Dr P. Fabre a constaté que ces troubles divers sont dus à la présence dans le conduit auditif externe d'un bouchon plus ou moins dur et plus ou moins volumineux de poussières charbonneuses agglutinées par du cérumen. En général il y a coïncidence d'un certain degré d'inflammation catarrhale du conduit. Dès que le bouchon obturateur, lequel ordinairement a causé l'inflammation, est enlevé, quelques lavages émollients complètent la guérison.

REVUE DE LA PRESSE

MOYEN D'ARRÊTER IMMÉDIATEMENT UNE ÉPISTAXIS. — Le *Dr J. K. Spender* rappelle, dans le *British medical Journal*, 1881, p. 776. l'instrument décrit dans le même journal en 1874, p. 49, par le Dr H. Cooper Rose pour arrêter les épistaxis. Cet instrument consiste dans un petit ballon de caoutchouc mince adapté à l'extrémité d'une sonde en gomme. Ce ballon est introduit dans les narines et insufflé. Le Dr Spender insiste sur la facilité de son introduction, sur l'efficacité de son action due à la pression qu'il exerce sur tous les points, enfin sur la possibilité de le garder pendant plusieurs heures.

Le *Dr R. Reale*, dans *The London medical Record*, trouve que rien ne supasse comme facilité d'application et comme efficacité de petits tampons d'ouate, bien enduits de poudre d'acide tannique, attachés avec des fils, enfoncés en suivant le plancher des fosses nasales, poussés assez loin et en nombre suffisant pour remplir la cavité. Dans un cas d'hémorrhagie très intense, à la suite de l'extrac-

M. Barth fait une communication sur un cas de scorbut gr...
(V. *France méd.* n° 33, p. 389.)

M. Quinquaud demande si la malade n'était pas leucocythémiq...

M. Barth. L'examen du sang a été fait et n'a pas révélé de leuc...cytose. La rate n'était que moyennement tuméfiée et les autres ...ganes hémato-poiétiques étaient sains.

M. Quinquaud serait assez tenté d'attribuer les accidents obser... chez cette malade à une sorte d'intoxication lente par l'oxyd... carbone qui s'observe chez les cuisinières. Il a vu des cas de ... genre, un seul, il est vrai, suivi de mort, et l'analyse chimique ... mettait de constater que les globules sanguins avaient reten... tiers de leur poids d'oxyde de carbone ; cette intoxication don... lieu à des hémorrhagies cutanées et viscérales.

M. Barth croit en effet que cette hypothèse étiologique pou... s'appliquer au cas qu'il a observé, et ce n'est qu'en raison de l'a...sence de toute cause connue qu'il l'a communiqué sous le titre ... scorbut.

La séance est levée à 9 h. 1/2.

Les secrétaires des séances :
H. BARTH et P. MERKLEN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 30 *janvier* 1882. — *Présidence de* MM. POLAILL... et MACHELARD.

M. Foucart, secrétaire général, annonce la candidature ... MM. Lemaréchal et Galand. Ces deux candidatures sont renvoy... à l'examen de MM. Foucart et Dromain.

M. Polaillon, président sortant, cède le fauteuil à M. Machel...

M. Pruvost lit une observation : *Angine couenneuse maligne* ... *une jeune fille de* 13 *ans*. Il insiste surtout, au point de vue du ...gnostic, sur l'aspect blanc laiteux de la gorge et sur les gang... douloureux du cou, en forme de boudins.

Il a employé, comme traitement, les attouchements avec la g...cérine phéniquée au 20e, le chlorate de potasse, les pulvérisa... d'eau phéniquée, et le gargarisme suivant la formule de Ril... Barthez, au borate de soude. Toniques à l'intérieur. La malade... reste, a parfaitement guéri, mais non sans déterminer un cas de ...tagion chez une de ses sœurs.

A propos de cette communication, M. Machelard signale le trai...ment d'Archambault, à l'hôpital des Enfants, au moyen du ca... dissous dans l'acide phénique, et celui par le chlorure de fer ... brun a préconisé à la Société de médecine pratique.

M. Machelard insiste aussi sur le traitement général.

M. Pruvost, tout en reconnaissant l'utilité du traitement général ar les toniques, insiste sur les bons résultats obtenus par un traite-ient local, assidu et bien institué.

M. Philbert dit qu'il est souvent difficile, au début, de diagnosti-uer l'angine herpétique de l'angine diphthérique.

La séance est levée à 10 heures.

BIBLIOGRAPHIE

TUDES CLINIQUES SUR L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE OU GRANDE HYSTÉRIE, par M. le Dr P. RICHER. 1 vol. in-8° de 734 pages, avec figures intercalées dans le texte et 9 gravures à l'eau-forte. Paris, 1881, chez A. Delahaye et Em. Lecrosnier, éditeurs.

L'ouvrage de M. Paul Richer, dont nous rendons compte aujour-ıui, a eu déjà et aura longtemps encore un légitime succès.

Indépendamment de l'intérêt qui s'attache à l'étude des maladies système nerveux, le lecteur trouvera à côté d'une étude des plus portantes de pathologie séméiologique,' une attraction des plus ıttendues ; en effet, l'auteur a illustré avec un remarquable talent différentes phases de l'attaque hystérique. Ces dessins sont d'une ılité saisissante. Le luxe déployé par les éditeurs de ce beau re lui assure une place d'honneur dans toutes les bibliothèques.

En écrivant ces études, M. le Dr Richer ne s'est pas proposé de e l'histoire entière de l'hystérie : il a voulu s'attacher aux seuls sodes qui lui ont semblé recevoir quelque nouvelle lumière des s récemment observés. Il a divisé son ouvrage en quatre parties ; nous allons faire connaître, d'après l'auteur lui-même, les matiè-contenues dans chacune d'elles.

La *première partie* est consacrée à l'étude de l'attaque hystéro-eptique dans son état d'entière régularité. Les diverses périodes l'attaque y sont décrites, en autant de chapitres, suivant l'ordre succession des symptômes. Ces périodes sont les suivantes : période ou *période épileptoïde* ; 2° période ou *période des contor-s et des grands mouvements* ; 3° période ou *période des attitudes ionnelles* ; 4° période ou *période de délire*. Cette deroription est ie d'un certain nombre d'observations destinées à prouver qu'elle s'applique pas spécialement aux malades de la Salpêtrière, mais lle convient aux cas observés en dehors de cet hospice, aussi en France qu'à l'étranger. Un parallèle entre cette description la grande attaque hystérique et la description que donnent les urs classiques de l'attaque d'hystérie vulgaire termine cette pre-e partie et montre les connexions intimes qui existent entre

cette forme d'hystéro-épilepsie ou *grande hystérie* et l'hystérie vulgaire ou *petite hystérie.*

La *deuxième partie* traite des principales variétés de la grande attaque hystérique, dérivant toutes des types décrits: 1° variétés résultant des modifications survenues dans les symptômes déjà existants: d'où *attaque épileptoïde, attaque de contorsion ou démoniaque, attaque d'extase, attaque de délire*; 2° variétés résultant de l'immixtion de phénomènes habituellement étrangers à l'attaque, d'où *attaque de léthargie, attaque de catalepsie, attaque de somnambulisme.* Cette dernière classe de variétés est précédée d'un chapitre destiné à en faciliter l'étude et dans lequel se trouvent consignées un grand nombre d'expériences de l'auteur sur l'hypnotisme chez les hystériques. Il a fait suivre l'étude des variétés de la grande attaque hystérique d'un court exposé des analogies remarquables qui existent entre le délire hystérique et les troubles cérébraux occasionnés par l'absorption de l'alcool, de l'absinthe, de l'opium et du hachisch.

La *troisième partie* comprend l'étude de quelques-uns des symptômes permanents de la grande hystérie, tels que paralysies, contractures, chorée, troubles de la sensibilité, etc.; que les nouvelles expériences sur l'action des agents dits œsthésiogènes éclairent d'un jour nouveau.

Dans la *quatrième partie* enfin, à propos du diagnostic, l'auteur a groupé les raisons qui plaident en faveur de la réalité des faits énoncés au sujet des expériences d'hypnotisme et de l'action des agents œsthésiogènes. Il insiste ensuite sur le diagnostic différentiel de l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie et de l'épilepsie véritable, point capital sous le rapport du pronostic.

Les dernières pages de cette quatième partie sont consacrées au traitement.

Nous ne pouvons que féliciter M. Paul Richer du talent qu'il a déployé, comme clinicien, comme observateur et comme artiste.

VARIÉTÉS

Les médecins des Bureaux de Bienfaisance.

On sait que les médecins des bureaux de bienfaisance sont nommés à l'élection par l'ensemble de leurs confrères habitant l'arrondissement dans lequel une vacance est déclarée. Ce mode de nomination, certainement inférieur au concours et moins apte que lui à faire triompher les plus instruits, offre cependant de sérieuses garanties: les élus doivent jouir de l'estime de leurs confrères et par suite satisfaire à certaines conditions de dignité professionnelle en même temps qu'ils doivent avoir la réputation de praticiens consciencieux

La tâche qu'ils ont à remplir est assez ingrate ; les visites à domicile sont nombreuses, le médecin doit triompher de la répugnance que lui inspire souvent la malpropreté du logis, parfois de l'ennui que lui cause le manque de reconnaissance de malades obligés de recourir à la charité publique, enfin de la pénurie des ressources que lui offre un arsenal thérapeutique des plus défectueux. Ajoutons à cela que les émoluments, malgré une augmentation très sérieuse votée l'an dernier par le Conseil municipal, sont encore de beaucoup inférieurs à ce qu'ils devraient être pour compenser les fatigues d'un pareil service.

Aussi beaucoup de nos confrères ont-ils été péniblement surpris d'apprendre que, le 25 janvier dernier, un membre du conseil municipal avait dit en pleine séance que « les trois quarts des médecins des bureaux de bienfaisance mériteraient une révocation immédiate ». Ceux qui connaissent le singulier auteur de ces audacieuses paroles n'ont pas attaché plus d'importance à cette boutade qu'à l'orateur lui-même. M. Cattiaux, simple, mais non modeste officier de santé dans le quartier du Combat, ne pourra jamais aspirer à l'honneur d'être médecin des bureaux de bienfaisance. Un peu de pudeur l'aurait empêché de parler de choses qu'il ne peut connaître. Nos confrères de la Société médicale du Ve arrondissement ont cru cependant devoir protester contre une allégation aussi peu justifiée, et voici le texte de la déclaration qu'ils ont votée à l'unanimité sur la proposition du président :

« La *Société médicale du Panthéon*, émue à juste titre d'une allégation sans preuves, tombée de la tribune du Conseil municipal, formulée par un de ses membres, et accusant les trois quarts des médecins des bureaux de bienfaisance de ne pas apporter dans leur service le soin et la conscience que l'immense majorité de ces médecins ont l'habitude d'apporter à ces fonctions ;

« Considérant que cette accusation est de nature à porter une atteinte grave à leur dignité et à leur honorabilité ;

« Proteste énergiquement et passe à l'ordre du jour. »

Amand CHEVALLEREAU.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours de l'adjuvat*. — Les candidats pour concourir aux huit places d'aide-d'anatomie qui deviendront vacantes le 1er octobre prochain, sont au nombre de seize. Ce sont MM. Jonnesco, Broca, Hache, Chaput, Ricard, Wickham, Assaky, Barthélée, Poupinel, Damalix, Tuffier, Schaeck, Métaxas, Beurnier, Jocqs et Rousseau.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. le Dr Langlet est nommé professeur suppléant de médecine.

M. le Dr Moret est nommé professeur d'anatomie.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Le concours pour deux places de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Rondot et Davezac.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — MM. Michel et Lauzet sont nommés chirurgiens-adjoints.

PRISON DE SAINT-LAZARE. — M. le Dr de Sinéty est nommé médecin-adjoint de l'infirmerie de Saint-Lazare, en remplacement de M. Le Blond qui passe médecin titulaire.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le Dr Descroizilles reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, à l'hôpital des Enfants-Malades, le samedi 22 avril, à 9 heures du matin, et les continuera le samedis suivants, à la même heure (salle Saint-Ferdinand).

Consultations le mercredi et le jeudi.

ÉCOLE PRATIQUE. — *Applications médicales, chirurgicales, obstétricales de l'électricité.* — M. le Dr Apostoli commencera son cours le vendredi 5 mai, à 2 heures, amphithéâtre no 3, pour le continuer les lundis et vendredis suivants à la même heure.

HÔPITAL DE LOURCINE. — *Cours clinique de syphiliographie et de gynécologie.* — M. le Dr Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, reprendra son cours le mercredi, 3 mai, à 9 heures.

Ordre des travaux : Mardi, consultation et traitement externe. — Samedi, leçons cliniques pendant l'examen des malades. — Mercredi, leçons à l'amphithéâtre sur le traitement de la syphilis et des affections utérines.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. le Dr A. Bert (de Saint-Estèphe) et de M. le Dr Delbieu, à Marseille.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 14 *au* 20 *avril* 1882. — Fièvre typhoïde, [illegible] — Variole, 28. — Rougeole, 29. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 3. — Diphthérie, croup, 70. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 20. — Infections puerpérales, 7. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 60. — Phthisie pulmonaire, 238. — Autres tuberculoses, 18. — Autres affections générales, 66.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 57.

Bronchite aiguë, 46. — Pneumonie, 109. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 57; au sein et mixte, 36; inconnu, [illegible] — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 109; l'appareil circulatoire, 84; l'appareil respiratoire, 86; l'appareil digestif, 37; l'appareil génito-urinaire, 31; la peau, du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 2; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 10. — Nombre absolus de la semaine, 1.300.

Résultats de la semaine précédente : 1.208.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince

ɜт-Neuvième année — Tome I. N° 49 Jeudi 27 Avril 1882

LA

RANCE MÉDICALE

ɪreaux
s'abonne chez
ɪYE et E. LECROSNIER
Place
ole-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

ier ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. Bottentuit, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
vrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
nonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE.

LA FRANCE MÉDICALE

Sur les quarantaines à Suez.

Par M. A. FAUVEL (1).

« A propos de la Communication faite à l'Académie par votre illus-
; confrère M. Ferdinand de Lesseps, et intitulée : *Note sur les qua-
ntaines imposées à Suez aux provenances maritimes de l'extrême
'ient*, je viens soumettre à l'Académie, en termes aussi brefs que
ssible et avec toute la déférence due au créateur du canal de Suez,
simple récit des faits, qui démontrera, je l'espère, quel est le vrai
ractère et quels ont été les effets des mesures dont il se plaint sans
bien connaître. Je le ferai, sans manquer à l'admiration que je
ofesse pour M. de Lesseps, qui remonte à l'époque où, à Constan-
ople, nous discutions ensemble les chances de réussite de son ma-
ifique projet.

En 1865, quand le choléra, importé par les pèlerins de la Mecque,
propagea avec une rapidité presque foudroyante en Egypte d'abord,
is dans tout le bassin de la Méditerranée, et, de là, dans l'Europe en-
re, l'opinion de la majorité des médecins était déjà fixée sur la pro-
été contagieuse du choléra, mais les lois qui président à la transmis-
n de la maladie n'avaient pas encore été formulées d'une manière
cise. L'impression profonde que fit en Europe cette invasion subite
inattendue détermina, à la demande du gouvernement français, la
mion à Constantinople d'une conférence sanitaire internationale
quelle prirent part tous les Etats européens, plus l'Egypte et la
rse.

Cette conférence avait pour mission de rechercher l'origine et les
ses primordiales du choléra, de déterminer les lois de sa propaga-
, et de proposer les moyens soit de tarir le fléau dans sa source,
de l'arrêter dans sa marche envahissante vers l'Europe. Cette
he, qui embrassait toute l'étiologie et la prophylaxie du choléra,
gea huit mois de travaux assidus.

e livre récompensé par l'Académie des Sciences est le résultat
travaux de cette conférence accomplis dans le cours de 1866.

'rocédant avec une rigueur toute scientifique, la conférence, dans
questions relatives à l'étiologie du choléra, n'est jamais allée au
à de ce que les faits permettaient de conclure ; aussi a-t-elle laissé
écis, en ayant soin de les signaler, un certain nombre de pro-

) Communication à l'Académie des sciences.

blèmes étiologiques, particulièrement ceux qui se rapportent aux immunités contre les atteintes de cette maladie.

Mais on peut affirmer que toutes les questions qu'elle a considérées comme résolues sont restées telles et acquises définitivement à la science.

Ce qui fait l'originalité de l'œuvre de la conférence au point de vue de l'étiologie, c'est qu'elle ne s'est pas contentée d'affirmer à l'*unanimité* que le choléra était contagieux ou transmissible, mais qu'elle s'est appliquée à rechercher et à montrer autant que possible toutes les conditions propres à favoriser la transmission de la maladie.

C'est qu'en effet la transmission d'une maladie contagieuse n'est point un fait absolu, et que les conditions de transmission ne sont pas les mêmes pour toutes les maladiès de cet ordre. C'est là une vérité banale aujourd'hui, mais qui était autrefois méconnue.

Je suis obligé de renvoyer à l'ouvrage où toutes ces considérations étiologiques sont longuement développées.

J'appelle particulièrement l'attention sur le chapitre relatif à l'*immunité* contre le choléra qui montre que, sans être en opposition avec la propriété contagieuse de la maladie, il y a des localités comme des personnes réfractaires à la transmission. La conférence a indiqué tout un programme d'études à faire à ce sujet.

Pour être bref, je me contente de résumer en quelques mots la doctrine étiologique de la conférence.

Le choléra, pour l'Europe, *est une maladie exotique, contagieuse d'origine indienne. Jamais on ne l'a vu naître spontanément en Europe, où il a toujours été importé.*

Mais c'est principalement dans la partie prophylactique de son œuvre que la conférence inaugura un système très différent de l'ancien.

Les études étiologiques avaient montré l'impuissance des quarantaines contre la marche envahissante du choléra une fois importé en Europe. Les quarantaines maritimes y avaient perdu presque toute leur efficacité. Il ne pouvait être question de cordons sanitaires ; c'est alors que la conférence, se fondant sur cette loi, jusque-là lors incontestée et établie par elle, que les épidémies de choléra n'ont en Europe qu'une durée plus ou moins longue, qu'elles finissent par s'y éteindre radicalement, sans qu'il y ait crainte de réapparition, à moins d'une importation nouvelle, reconnut que le principal problème prophylactique se réduisait, dès lors, à s'opposer avant tout à de nouvelles invasions du choléra en Europe ; mais la conférence comprit en même temps qu'il fallait remonter à la source du mal dans l'Inde, indiquer, en attendant mieux, les mesures propres à y restreindre le développement de la maladie par une bonne police sanitaire des pèlerinages indiens, sources principales des épidémies

ans cette contrée, celles propres à améliorer les conditions sanitai- ɜs des points de l'Inde où le choléra est endémique, qu'il fallait rè- ler les conditions de l'embarquement sur les navires affectés au ·ansport des pèlerins pour la Mecque ou des autres agglomérations ›ut aussi dangereuses ; enfin, dans la mer Rouge, qu'il importait 'organiser tout un système de surveillance et de défense pour le ıs où le choléra y serait importé par des navires contaminés, sys- ·me ayant pour principal objectif la défense de l'Égypte considérée ›mme barrière contre l'importation du choléra en Europe, car il était évident qu'une fois l'Égypte envahie les relations maritimes : ce pays avec tous les états méditerranéens sont telles que, sur un ›int ou sur un autre, malgré les quarantaines, l'invasion de la ma- die aurait lieu comme en 1865. Ajoutons qu'au point de vue du pè- rinage de la Mecque, toute une série de mesures d'hygiène, étudiées 'ec soin, étaient recommandées pendant les cérémonies du Cour- ın Baïram.

Voilà, en peu de mots, toute l'économie du système de défense éconisé par la conférence contre l'invasion du choléra en Europe r la voie maritime. Il fallait encore pourvoir aux moyens d'action. Prenant pour base les faits acquis par l'expérience, à savoir que ıtes les provenances des Indes n'étaient pas également suscep- 'les d'importer le choléra en Egypte, elle établit la nécessité d'une :s grande différence entre les paquebots postaux ou autres qui ›nnent à Suez, après une longue traversée, et n'y avaient jamais porté le choléra, paquebots qui arrivent dans des conditions excel- ıtes d'hygiène, avec un médecin responsable à bord, et les navires ›èlerins qui naviguent au contraire dans de mauvaises conditions salubrité, et elle admit que ces deux catégories de navires de- ent être soumises à des précautions différentes. De plus, dans la ›vision d'une invasion du choléra parmi les pèlerins de la Mecque, ›onférence posa comme règle que ceux de ces pèlerins qui, dans te circonstance, devaient, à leur retour, se rendre en Egypte par r, ne devaient pas être admis à s'y transporter directement, mais e obligés à subir au préalable une quarantaine épuratoire sur un nt de la côte arabique (El-Ouedj) suffisamment éloigné de Suez 0 milles marins) pour écarter tout péril de compromissions, at- du qu'une quarantaine aux sources de Moïse, à petite distance de :z, ne donnait aucune garantie sérieuse.

Restait à trouver les moyens de préserver l'Europe contre le ɔur du choléra par la voie de terre, c'est-à-dire par le littoral de ner Caspienne et la région située au nord de cette mer.

Jne étude attentive de la marche des diverses épidémies de ce é à travers la Perse et l'Afghanistan a permis de déterminer avec ctitude les routes suivies. Un médecin très distingué, aujourd'hui

membre de l'Académie de Médecine, M. Proust, a même été envoyé en mission pour étudier la question sur place, et il a confirmé l'exactitude des tracés de la conférence. Son rapport a été publié dans le *Recueil des travaux du Comité d'hygiène publique*. Ajoutons que le choléra n'est jamais parvenu en Europe en franchissant la frontière turco-persane. Je n'ai pas le temps ici d'en donner les raisons.

Telle est, réduite à un simple sommaire, l'œuvre de la conférence.

Quels en ont été les résultats? D'abord, du côté de la route du nord dont la défense était confiée à la Russie, celle-ci ayant eu le choléra en permanence jusqu'en 1873, il a été difficile de juger l'efficacité des mesures qui ont dû être prises ; mais, à en juger par l'invasion de la peste, en 1878, dans la province d'Astrakhan, il est permis de croire qu'elles n'ont pas été bien sévères ou bien exécutées.

Quoi qu'il en soit, la Russie étant depuis 1873 entièrement délivrée du choléra, la question de l'efficacité reste pendante.

Mais du côté de la mer Rouge nous pouvons nous prononcer.

Les mesures recommandées par la conférence ont, comme on devait s'y attendre, rencontré bien des difficultés dans l'application. L'Angleterre, dans l'Inde, prit en considération le programme qui lui était tracé; des améliorations furent introduites dans l'hygiène des pélerinages, l'embarquement des pèlerins pour la mer Rouge fut mieux surveillé, une réglementation plus sévère fut appliquée à leur embarquement et aux conditions hygiéniques des navires affectés à leurs transport, avec des amendes très fortes pour les capitaines délinquants.

Il y eut donc du côté de l'Inde anglaise des efforts sérieux pour améliorer la situation. Malheureusement tous les pèlerins ne viennent pas des Indes anglaises proprement dites, et les navires qui les transportent échappent à la loi; d'un autre côté, cette loi n'est applicable que dans les ports anglais et, une fois arrivés dans la mer Rouge, les navire à pèlerins n'y sont plus soumis.

Il en est de même naturellement des autres, si bien que, quand les pèlerins, après les cérémonies du pélerinage, viennent à Djeddah ou à Jambo s'embarquer pour l'Égypte, ils deviennent la proie de trafiquants, qui les entassent sur des navires dans des conditions lamentables d'encombrement, dont les résultats funestes ne tardent pas à se développer. Les personnes curieuses de connaître comment, depuis de dix ans, s'est accompli ce retour maritime des pélerins en Égypte en trouveront la description navrante dans les Rapports sur le pèlerinage de la Mecque publiés chaque année dans le *Recueil des* [travaux] *du Comité consultatif d'hygiène.*

Le Conseil international de Constantinople, ému de cet état

choses, a, dans ces derniers temps, élaboré un règlement analogue au règlement anglais et applicable surtout aux navires à pèlerins.

Ce règlement a été sanctionné par le Sultan, mais l'application a dû en être différée par suite de difficultés intervenues entre la Porte et le Gouvernement égyptien. Son application sera un grand bienfait.

Après l'Angleterre, ce fut la Turquie, par l'organe du Conseil sanitaire international qui siège à Constantinople, qui prit à tâche d'exécuter dans la mer Rouge les recommandations de la conférence: des postes sanitaires remplis par des médecins y furent créés; le pèlerinage de la Mecque fut réglementé au point de vue hygiénique ; tout un personnel médical y fut installé, et chaque année une Commission spéciale y fut envoyée de Constantinople.

Le gouvernement français créa deux postes de médecins sanitaires dans la mer Rouge, l'un à Suez et l'autre à Djeddah.

Quant au gouvernement égyptien, il fut plus long à se décider. Il se contenta de formuler des règlements, et ce n'est guère qu'en 1869, au moment de l'ouverture du canal de Suez, qu'il se mit en devoir d'exécuter la part d'action qui lui avait été attribuée pour la mise en quarantaine à El-Ouedj des pélerins revenant de la Mecque. Par bonheur pour l'Égypte et l'Europe, le pèlerinage fut exempt de choléra jusqu'en 1875.

Dans cette année 1872, pour la première fois, le système défensif de la conférence fut appelé à faire ses preuves :

Le choléra fit invasion à la Mecque pendant le pèlerinage. Il y avait été importé de la région du Nedj par la route que suivent les pèlerins venant de la Mésopotamie, où la maladie régnait.

L'épidémie, d'abord assez bénigne, prit une grande extension au moment des cérémonies religieuses et continua ses ravages lors du retour des pèlerins. Ceux à destination de l'Égypte furent transportés à El-Ouedj, où, comme cette année ils achevèrent de se purifier. Quant aux caravanes, après avoir beaucoup souffert, elles furent, comme d'ordinaire, débarrassées de la maladie après un certain nombre de jours de marche dans le désert. L'Égypte fut entièrement préservée.

Mais le choléra qui avait régné épidémiquement en Autriche en 1873 détermina le gouvernement austro-hongrois à provoquer la réunion, à Vienne, d'une nouvelle conférence sanitaire internationale, à l'effet de reviser l'œuvre de Constantinople.

Elle se réunit en 1874. Les principaux épidémiologistes de l'Europe en faisaient partie. Hirsch et Pettenkofer y représentaient l'Allemagne; c'est dire que l'œuvre de Constantinople, considérée comme française, y fut examinée sans bienveillance.

L'épreuve fut triomphante. Toute la partie étiologique de l'œuvre fut purement et simplement confirmée, sans contestations pour ainsi dire.

Dans la partie étiologique, le système de défense pour prévenir l'invasion du choléra en Europe, soit du côté de la mer Caspienne, soit du côté de la mer Rouge, reçut de même une approbation complète. La discussion ne s'engagea sérieusement que sur la question des cordons sanitaires dans certaines conditions déterminées et sur le maintien des quarantaines maritimes alors que le choléra a envahi le continent européen.

Le maintien des cordons sanitaires, même dans les pays où la disposition des lieux s'y prête, ne fut pas admis. Et cependant, plus tard, à l'occasion de la peste d'Astrakhan, les mêmes médecins qui avaient repoussé les cordons sanitaires d'une façon absolue s'empressèrent alors de les rétablir, et cela avec succès. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 *avril* 1882. — *Présidence de* M. HARDY.

La CORRESPONDANCE OFFICIELLE comprend une lettre de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts demandant à l'Académie combien de temps un élève atteint de maladie contagieuse doit rester éloigné de l'école. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. H. Roger, Bergeron, Hillairet.)

M. Blanche présente, au nom de M. le Dr Frédéric Bedmann, médecin de l'asile d'aliénés de Norwich, une brochure intitulée : « L'idiot ; sa place dans la création ; son rôle dans la société. »

DANS QUEL ESPRIT IL FAUT ÉTUDIER LES DIATHÈSES. — *M. Durand-Fardel.* L'hérédité est une condition à laquelle nul n'est soustrait. Trois périodes peuvent être distinguées : la transmission héréditaire elle-même, la vie intra-utérine et le temps qui suit la naissance. L'enfant paraît au jour préparé dans un certain sens par les conditions héréditaires et par les diverses conditions possibles de la vie intra-utérine. De nombreuses influences extérieures viennent plus tard se joindre aux conditions héréditaires ou innées, contrariant celle-ci ou agissant dans le même sens. M. Durand-Fardel continue à développer cette pensée dans un assez long mémoire que nos lecteurs trouveront dans le Bulletin de l'Académie.

PRÉSENTATION D'APPAREIL. — *M. L. Labbé* présente de la part de M. Cazin, de Berk-sur-Mer, un appareil de prix très modique pouvant remplacer la gouttière de Bonnet et destiné aux enfants atteints de coxalgie. Cet appareil offre entre autres avantages celui de combattre avantageusement l'ensellure lombaire.

NOTE SUR L'URGENCE DE L'ISOLEMENT DES MALADES ATTEINTS DE MA-
IDIES CONTAGIEUSES SURTOUT DANS LES HÔPITAUX D'ENFANTS ET LE
ÉPÔT DES ENFANTS ASSISTÉS. — *M. Marjolin.* L'auréole de gloire
ui entoure des morts comme celles de Cossy, de Clozel de Boyer,
Herbelin et de Carette ne peut apporter qu'une maigre consola-
on aux mères de famille qui, après avoir mis leur enfant à l'hôpital
our une maladie légère, le retirent avec une maladie contagieuse à
quelle il doit succomber. La réputation du dépôt des enfants assis-
s est surtout déplorable et beaucoup de parents forcés d'entrer à
ıôpital refusent d'y mettre leurs enfants.

L'expérience a démontré qu'il suffisait d'isoler les malades at-
ints de maladies contagieuses pour empêcher la transmission.
est dans les hôpitaux d'enfants que la contagion est le plus à
aindre. Guersant et M. Marjolin lui-même ont vu souvent leurs
érés être atteints de maladies contagieuses. L'hôpital Trousseau
ssède actuellement des salles d'isolement; mais l'hôpital des En-
nts-Malades ne présente qu'une salle spéciale pour les vario-
ıx.

M. Marjolin a recueilli de nombreux faits de contagion, un entre
tres qui l'a porté à faire cette communication. Une femme entrée
'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Siredey, avait mis ses
is enfants au dépôt. Tous les trois sont morts de la diphthérie.
ı enfant de sa sœur est également mort de la contagion. Voici le
t.

Le 25 octobre 1881, une femme de 27 ans, accouchée l'avant-
ille de son quatrième enfant, entrait à Lariboisière pour une péri-
iite. Les trois enfants furent conduits au dépôt le 26 octobre, ils
tirent le 5 novembre sur la demande de la vieille grand'mère qui
pouvait vivre sans ses petits enfants. Le premier avait 4 ans 1/2,
second 3 ans 1/2, le troisième 2 ans. Le lendemain, le premier
fant était mort de la diphthérie, les deux autres succombèrent le
et le 21 novembre. Le Dr Savoye fut appelé le 22 novembre pour
ıfant de la sœur âgé de 9 mois ; cet enfant succomba également à
diphthérie.

D'après les dates de la sortie du dépôt et du début de la maladie,
Marjolin persiste à croire que le point de départ de l'infection a
le dépôt. Il n'y avait aucun cas de diphthérie dans le voisinage.

En très peu d'années, M. Marjolin a pu relever plus de 80 exem-
s d'ophthalmie purulente contractée au dépôt. Pendant longtemps,
ette époque, les enfants les plus âgés se lavaient le visage dans
nême baquet; heureusement cette déplorable coutume a cessé, au
pôt des enfants assistés, mais elle existe encore dans des colonies
ıitentiaires d'enfants.

Le 25 mars 1872, M. Panas, alors chargé de la consultation des

maladies des yeux au bureau central, disait à M. Marjolin que non seulement il avait souvent à constater chez des enfants des cas d'ophthalmie purulente contractés au dépôt, mais encore qu'il rencontrait cette affection chez des parents qui l'avaient contractée près de leurs enfants.

L'ophthalmie granuleuse non seulement fait oublier aux enfants le chemin de l'école, mais encore elle gagne en général toute la famille. Quelques oculistes, pour éviter cette contagion, conseillent même aux parents de faire entrer leurs enfants à l'hôpital.

En présence d'un pareil état de choses, il faut ne plus se borner à des vœux platoniques, mais réclamer avec énergie des modifications immédiates. Rester indifférent devant des faits aussi douloureux, c'est se rendre complice des malheurs qu'il nous appartient de prévenir.

Le temps presse. Au mois d'août 1881, une femme de 26 ans, entrant à l'hôpital Necker, mit au dépôt son enfant âgé de 33 mois. Lorsqu'elle le retira, son enfant avait le croup et mourait quelques jours après. Cette femme était sortie assez rapidement de l'hôpital, parce qu'elle avait entendu dire par ses voisines de salle que les enfants placés au dépôt mouraient souvent de maladies contagieuses.

Il ne s'agit pas ici de ces petits êtres de quelques jours ou de quelques mois, qui ne font que traverser l'infirmerie pour aller à la salle des morts mais d'enfants bien-portants, ayant dépassé la période si dangereuse du premier âge.

Pour prévenir le danger, il suffit que les enfants bien portants soient séparés rigoureusement de ceux qui sont atteints de maladies contagieuses. Il faudrait, en outre, pour les entrants chez lesquels il y aurait doute, une salle d'observation où le médecin les verrait tous les jours.

A leur entrée au dépôt, les enfants sont rigoureusement examinés, et leur état est consigné sur un registre ; il faudrait de plus mentionner l'état dans lequel les enfants sont rendus à leurs parents.

M. Moutard-Martin, membre du conseil de surveillance de l'assistance publique, remercie M. Marjolin de cette communication ; il espère que cette lecture hâtera la solution d'une réforme depuis longtemps réclamée par quelques membres du conseil de surveillance. Il faut qu'il y ait, pour les enfants bien portants envoyés au dépôt, une maison spéciale, et autant que possible éloignée de Paris.

M. Le Fort. L'isolement n'est pas beaucoup mieux pratiqué dans les hôpitaux d'enfants qu'à l'hospice des Enfants-Assistés. Il existe en Russie, à Saint-Pétersbourg, un hôpital d'enfants qui est un véritable modèle : c'est l'hôpital du grand-duc d'Oldenbourg que M. Le Fort a vi

l'occasion de visiter. Le terrain disponible pour la construction de l'hôpital était des plus restreint, mais on en a tiré le meilleur parti et l'isolement des enfants est pratiqué de la manière la plus intelligente. Les enfants sont répartis dans divers services, les varioleux, par exemple, d'un côté, les diphthériques de l'autre. Le médecin en chef de l'hôpital, le Dr Rauchfuss, qui en a dirigé la construction, a parcouru pendant deux ans l'Europe pour visiter les hôpitaux. Seul il a le droit de parcourir les divers services. Ceux-ci sont complètement isolés, le personnel est logé à part et possède une porte de sortie spéciale. Il y a là comme autant de petits hôpitaux complètement indépendants.

Il existe, en outre, une salle d'observation dans laquelle on fait entrer les malades chez lesquels l'affection n'est pas encore nettement déclarée. Dès que le diagnostic devient certain l'enfant est envoyé dans l'un des services.

Un autre hôpital d'enfants a été construit à Moscou, extra-muros, mais là on avait tout l'espace disponible. Au lieu d'un seul bâtiment comme à Saint-Pétersbourg, il y a un système de pavillons isolés.

M. Guéniot s'associe aux conclusions de M. Marjolin; mais pour ne pas affaiblir le poids de ses déductions, il désire faire une petite rectification à propos de l'ophthalmie purulente. Depuis six ou sept ans le service des Enfants-Assistés a été amélioré d'une façon telle qu'il y a une modification complète. Les divisions ont été assainies sous beaucoup de rapports, de sorte qu'aujourd'hui les faits d'ophthalmie contractée à l'hôpital sont très rares. L'administration sous ce rapport a réalisé un progrès considérable. Les cas d'ophthalmie sont assez rares pour qu'on ne puisse plus guère aujourd'hui redouter les faits de contagion qui étaient si communs avant ces six ou huit dernières années.

L'amélioration n'a pas été moins nette pour les autres maladies non contagieuses. Pour les nouveau-nés en particulier, qui mouraient en si grande proportion il y a douze et quatorze ans, la mortalité est aujourd'hui de beaucoup réduite, parce que les hôpitaux renferment un nombre de nourrices suffisant pour ceux qui peuvent en user. Il faut en effet en excepter les nourrissons syphilitiques qui sont presque voués à la mort. Quand j'ai pris le service des Enfants-Assistés, il y avait un certain nombre d'enfants, quatre ou cinq, élevés au biberon. Ces enfants mouraient toujours. Il entrait parfois des enfants atteints d'ophthalmie purulente, mais bien portants d'ailleurs; ces enfants ne pouvaient pas être pourvus de nourrices; parfois cependant on leur donnait une nourrice que l'on retirait à un enfant aveugle. Celui-ci mourait alors régulièrement dans les quatre ou cinq jours qui suivaient cet abandon. Mais l'amélioration a été telle dans ces derniers temps qu'actuellement il n'y a plus rien à désirer.

Une autre amélioration, c'est la nourrisserie installée récemment à l'hôpital et qui donne d'assez bons résultats pour les enfants syphilitiques. Cette expérience avait déjà été tentée par M. Husson avec des chiennes, mais sans succès.

M. Béclard. La nourrisserie dont parle M. Guéniot est actuellement pourvue d'ânesses, et depuis ce moment les résultats sont infiniment supérieurs à ceux qu'avaient donnés l'alimentation par les chiennes.

M. Moutard-Martin. L'amélioration apportée dans ce service est en effet considérable, mais je reviens au fait signalé par M. Marjolin: l'entrée d'enfants bien portants au milieu d'individus malades. Je demande que le travail de M. Marjolin, qui a une importance capitale et qui peut nous être d'un grand appui dans nos revendications au Conseil de surveillance, soit renvoyé à M. le ministre de l'intérieur.

Il faudrait, en outre, demander que l'hospice des enfants assistés ne reçoive pas de malades de l'extérieur, car il en entre un nombre assez considérable, par la clinique créée récemment à l'hospice.

M. Lagneau. M. Marjolin disait tout à l'heure qu'il serait bon de faire une statistique pour les enfants qui sortent de l'hospice des Enfants assistés. M. Lagneau avait déjà demandé la même chose. Dans les catégories nombreuses d'enfants qui sortent de l'hospice, il serait utile que la statistique fût publiée par âge.

M. Lagneau a été frappé lui-même du nombre des maladies que les enfants contractent dans les hôpitaux ; il faudrait avoir des services complètement spéciaux, tandis qu'il est commun de voir des enfants atteints de rougeole être envoyés à l'hôpital et y mourir de diphthérie.

M. Lagneau a comparé, comme l'a fait M. Janssens à Bruxelles, la mortalité des enfants pour la même maladie à l'hôpital et en ville.

Il a été frappé de voir combien la léthalité est plus considérable dans les hôpitaux pour certaines maladies, la coqueluche et la rougeole par exemple.

M. Bergeron. M. Moutard-Martin demandait à M. Marjolin d'ajouter à son travail un vœu tendant à empêcher l'entrée des malades du dehors à l'hospice des Enfants-Assistés. Je m'associerais volontiers à cette demande si l'on pouvait admettre dans nos hôpitaux les enfants avant l'âge de 2 ans. Par exemple, voici un homme qui se trouve veuf avec un enfant âgé de moins de 2 ans. Que va faire cet homme? Il faut qu'il trouve un endroit pour placer son enfant et dans l'organisation actuelle il ne peut le placer qu'à l'hospice des Enfants-Assistés. Il faudrait que l'on modifiât l'organisation des hôpitaux d'enfants de manière à permettre d'y recevoir sans leur mère les enfants âgés de moins de 2 ans.

Le nombre des enfants admis du dehors à l'hospice des Enfants-Assistés est beaucoup plus considérable depuis qu'il y a une clinique, mais déjà avant cette époque, par une tolérance de l'administration, les enfants du dehors étaient admis à l'infirmerie.

M. Marjolin remercie l'Académie de l'honneur qu'on lui fait en renvoyant son rapport au ministre. Il désire en outre émettre le vœu que les membres du conseil de surveillance de l'Assistance publique veuillent bien visiter de temps à autre les hôpitaux dont ils sont chargés. Nulle corporation en France ne peut être aussi puissante que la corporation médicale, après le clergé ; il faut en profiter pour faire le bien.

M. Bouley rappelle que ce que l'on demande pour les enfants existe déjà pour les animaux et qu'il suffit pour cela de s'appuyer sur l'article 1382 du code pénal.

M. le Président propose de renvoyer au ministre le travail de M. Marjolin et la discussion qui a suivi sa lecture. Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

Dans la prochaine séance l'Académie se formera en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Le Fort sur les candidats au titre de mombre correspondant national.

La séance est levée à 5 heures.

NÉCROLOGIE

La mort vient encore de frapper un jeune interne des hôpitaux, SCHAECK, qui vient de succomber à une scarlatine compliquée de diphthérie.

M. le Dr Marc Sée, un de ses chefs de service, nous adresse, à ce propos les lignes suivantes, que nous nous empressons de publier :

« Permettez-moi de vous adresser, en vous priant de les insérer dans votre journal, ces quelques lignes que je n'ai pu lire ce matin devant la nombreuse assistance qui s'était réunie à l'Hôtel-Dieu pour rendre un dernier hommage à M. Schaeck, interne des hôpitaux, mort dans l'exercice de ses fonctions à la suite d'une très courte maladie.

« On peut le dire sans aucune exagération: Schaeck, que j'ai eu pour interne pendant l'année 1881. était le modèle des internes. Toujours arrivé le premier dans le service, il en sortait le dernier, après s'être assuré préalablement qu'aucun pansement n'avait été oublié, qu'aucune prescription n'avait été négligée. Exécuteur strict et fidèle des recommandations du chef de service, il était doux et affable avec les malades, compatissant à leurs souffrances, plein d'égards et de complaisance envers ceux que le hasard mettait entre ses mains, A la Maison de santé, où plus d'un se figure que l'indemnité qu'il paie à l'administration lui donne des droits que n'ont pas les malades des hôpitaux et où les exigences sont parfois excessives, Schaeck était d'une patience à toute épreuve, et c'est au chef de service qu'il présentait ses doléances quand il pensait que la mesure était dépassée. Aussi a-t-il laissé dans cet établissement autant

d'amis que de malades. Laborieux autant que consciencieux, il examinait les entrants avant la visite, pour être à même de fournir les renseignements nécessaires. Une opération devait-elle être faite, on était sûr de trouver tout préparé à l'avance, instruments et pièces de pansement. Poussé par la noble ambition des concours, on comprend combien il devait être avare de son temps; mais les soins à donner à son service ne lui paraissaient jamais trop longs. La nouvelle de sa mort, arrivée presque en même temps que celle de sa maladie, a causé une véritable consternation à la Maison de santé, où tous, malades, surveillantes et gens de service, m'ont chargé d'exprimer leur douleur er leurs regrets en face de cette mort si inattendue. Quant à moi, je n'oublierai jamais un interne si zélé et si consciencieux dont une année de collaboration avait fait pour moi un ami véritable. »

NOUVELLES

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours pour trois places de médecin du Bureau central.* — La deuxième série des épreuves de ce concours s'est terminée mardi. A la suite de cette épreuve éliminatrice ont été admis à continuer le concours : MM. Ballet, Barth, Bernier, de Beurmann, Brissaud, Cadiat, Chouppe, Déjerine, Gombault, Hirtz, Letulle, Merklen, Moizard, Renault, Tapret.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. - Dans sa séance de mardi, la commission des directeurs du ministère chargée de la coordination des décrets concernant l'application de la loi du 16 mars, a définitivement adopté celui qui concerne le service de santé. Dans un large esprit de réforme auquel nous devons rendre hommage, il a été décidé que le matériel et le Bureau des hôpitaux passeraient tout entiers avec le personnel à la nouvelle direction du service de santé. (*Progrès militaire.*)

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — La date de l'ouverture du congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences est définitivement fixée au jeudi 24 août 1882. Cette onzième session sera tenue dans la ville de La Rochelle et durera jusqu'au jeudi 31 du même mois.

Les personnes qui désireraient faire des communications au congrès sont invitées à faire parvenir l'indication du sujet qu'elles veulent traiter soit à M. le Dr Gariel, professeur agrégé de la Faculté de médecine et secrétaire du conseil, 4, rue Antoine-Dubois, à Paris, soit à M. Caillot, secrétaire général du comité local, à La Rochelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. DOIN, 8, *place de l'Odéon.*

De l'épithélioma primitif de la rate, hypertrophie idiopathique de la rate sans leucémie, par le Dr Ernest GAUCHER, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, préparateur des travaux d'histologie à la Faculté de médecine, membre de la Société clinique de Paris. In-8 de 80 pages avec figures dans le texte. 2 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

-Neuvième année — Tome 1. N° 50 Samedi 29 Avril 1882

LA

ɌANCE MÉDICALE

REAUX
abonne chez
E et E. LECROSNIER
Place
le-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale .. 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

r ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
ages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
nces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 50. Samedi 29 Avril 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 28 *avril* 1882.

Nous publions ici le rapport présenté à la Faculté de médecine de Paris sur les modifications à introduire dans les concours pour l'agrégation des facultés de médecine. On sait que cette question avait à plusieurs reprises été discutée dans la presse médicale, qui s'était fait l'écho des réclamations d'un grand nombre de candidats de province. La commission nommée par la Faculté de Paris se composait de MM. Béclard, Gavarret, Lasègue, Depaul et Gosselin, rapporteur. Nos lecteurs liront avec entrain le rapport de M. le professeur Gosselin, où se trouvent discutés, avec une remarquable clarté, les différents points que la commission a eus à examiner et qui donne aux facultés de province une légitime satisfaction.

Voici le rapport de M. le professeur Gosselin.

Rapport sur les modifications à introduire dans le concours pour l'agrégation des facultés de médecine.

Frappé des objections qui ont été faites au mode de concours pour l'agrégation, adopté depuis 1875, lequel mode, vous le savez, consiste à centraliser à Paris le concours pour toutes les facultés de médecine, M. le ministre de l'instruction publique a invité M. le recteur à demander l'avis des facultés sur les changements qui pourraient y être introduits.

L'inconvénient principal du concours actuel est l'obligation dans laquelle se trouvent les candidats de province de venir passer plusieurs mois à Paris, loin de leurs affaires, de leur famille et de leurs occupations professionnelles. Partant de ce principe, que le concours pour l'agrégation des facultés de médecine doit être maintenu à Paris, M. le ministre nous demande quels seraient les moyens d'abréger ce séjour dans la capitale pour les concurrents des autres villes, et si, en particulier, on ne pourrait pas décider que la composition écrite serait faite dans les facultés respectives, et que la première leçon orale serait remplacée par une deuxième composition écrite.

Votre commission a pensé que le fonctionnement actuel du concours a relevé le niveau de l'agrégation, et elle attribue ce résultat à l'émulation que fait naître chez les concurrents l'obligation de se mesurer avec ceux de toutes les facultés, et en présence d'un jury imposant. Mais elle l'attribue aussi au nombre et à la variété des épreuves. Elle croit donc qu'il n'y a pas à changer la nature de ces dernières, mais que, pour remédier à l'inconvénient réel signalé par

M. le ministre, il serait bon de faire subir la première partie du concours dans les facultés respectives et la deuxième à Paris.

Les épreuves de l'agrégation, vous vous le rappelez, sont les unes éliminatoires, les autres définitives. Nons vous proposons de demander que les premières se fassent dans chacune des facultés, et les dernières seules à Paris. Le projet nouveau pourrait être libellé de la façon suivante :

1° Centralisation à Paris du concours pour l'agrégation, mais seulement pour les épreuves définitives et le jugement ;

2° Inscription des candidats pour une seule faculté à leur choix.

Le concours de l'agrégation comprend :

A. Des épreuves éliminatoires ;

B. Des épreuves définitives.

Les unes et les autres conservent le caractère défini par le statut.

A. *Les épreuves éliminatoires* sont subies près chaque faculté par les candidats inscrits pour cette faculté devant un *jury local* composé de cinq juges. A Paris, le jury local se compose des membres parisiens appelés à former le jury définitif.

Ces épreuves sont au nombre de deux :

1° Composition écrite, sur un sujet d'anatomie et de physiologie ;

2° Leçon orale, après vingt-quatre heures de préparation.

Chaque jury local désigne les questions à traiter. Il classe les admissibles par ordre de mérite, dans les proportions déterminées par le statut, et fait parvenir le résultat au président du jury central dans un rapport motivé. Les compositions écrites sont jointes au rapport.

Les épreuves définitives sont subies à Paris devant un jury composé de neuf juges, dont trois sont choisis parmi les professeurs des facultés provinciales. Elles comprennent :

1° *La composition de la thèse*. Le jury central réuni à Paris détermine les sujets de thèse qui sont répartis par le sort entre les divers admissibles. Pour les candidats de la province, ces sujets sont adressés, sous enveloppe close, aux recteurs, avec indication du jour où ils devront les remettre à ces candidats.

Quinze jours francs sont accordés pour composer les thèses, les imprimer et les déposer, soit au siège de l'Académie où les auteurs ont subi les épreuves éliminatoires, soit à l'Académie de Paris.

Ces thèses doivent être imprimées dans le format in-4°.

Les recteurs de province expédient les thèses qui leur ont été remises, en paquets cachetés, à l'Académie de Paris.

Huit jours après la remise des thèses, le jury définitif et tous les candidats admissibles se réunissent à Paris pour procéder aux épreuves définitives qui sont :

2° La *leçon* après trois heures de méditation dans une salle close ;

3° Les *épreuves pratiques ;*

4° La *soutenance* et l'*argumentation des thèses* ;

5° L'*appréciation des titres et travaux antérieurs* des candidats.

En résumé, Messieurs, nous ne proposons aucun changement dans la nature même des épreuves. Seulement nous plaçons, parmi les définitives, l'appréciation des titres antérieurs des candidats, pour que cette appréciation soit faite par le jury central, celui qui fait les nominations ; et nous changeons pour la thèse le moment de sa composition, afin que les candidats de province ne soient tenus de venir à Paris que le temps nécessaire (de deux à trois semaines) pour les épreuves définitives.

Votre commission vous propose, en outre, de demander, comme vient de le faire la Faculté de Nancy, que les concours de l'agrégation soient portés à quatre au lieu de trois.

En effet, le titre XVIII du statut de l'agrégation porte qu'il peut être ouvert un concours spécial pour chacune des sections entre lesquelles se subdivise l'agrégation de chaque ordre de faculté.

Et d'autre part, l'article 43 porte : Il y a quatre sections d'agrégés pour les facultés de médecine :

La première, pour les sciences anatomiques et physiologiques, comprend l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle ;

La seconde, pour les sciences physiques, comprend la physique, la chimie, la pharmacologie et la toxicologie ;

La troisième, pour la médecine proprement dite et la médecine légale ;

La quatrième, pour la chirurgie et les accouchements.

Jusqu'à présent, vous le savez, il ne s'est fait qu'un seul concours pour les deux premières sections (sciences anatomiques et sciences physiques). Cette manière de faire a le grand inconvénient de réunir dans un même jury des personnes à compétences variées. Les juges subissaient donc forcément, pour l'appréciation des épreuves qui ne rentrent pas dans le cadre de leurs études habituelles, l'influence de ceux de leurs collègues qu'ils reconnaissaient plus aptes à cette appréciation. Il nous a semblé que pour donner aux candidats toutes les garanties possibles d'impartialité, il convient d'avoir autant de concours et de jurys qu'il y a de sections d'agrégés, savoir :

1° Un concours et un jury spécial pour l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle ;

2° Un pour la physique, la chimie, la pharmacologie et la toxicologie.

3° Un pour la médecine ;

4° Un pour la chirurgie et les accouchements.

HYGIÈNE

Sur les quarantaines à Suez (*Suite*) (1).

Par M. A. Fauvel.

Sur la seconde question, les représentants du nord de l'Europe soutenaient que, quand le choléra régnait en Russie, la quarantaine maritime appliquée aux provenances russes dans la mer Baltique et la mer du Nord était inutile, vu la proximité, et qu'il suffisait alors d'une simple révision ou constatation de l'état sanitaire du navire.

Nous soutenions que la proposition était trop absolue, et qu'il y avait des cas où, le siège de l'épidémie étant très éloigné, une quarantaine maritime pouvait avec avantage être maintenue pour empêcher l'importation à grande distance.

La conférence se divisa en deux camps, mais un accord intervint pour autoriser chacun à agir selon ses intérêts.

En fait, nous avions raison : Marseille, en 1873, dut à une quarantaine maritime d'échapper au choléra, qui régnait en Italie. La maladie, importée dans le lazaret, où elle fit de nombreuses victimes, ne se propagea pas à la ville, ni au littoral français.

Bref, le système de prophylaxie inauguré à Constantinople contre le choléra fut approuvé par la conférence de Vienne.

Ce système allait, en 1877, être soumis à une seconde épreuve pratique dans la mer Rouge, et cette fois dans des conditions plus défavorables qu'en 1872. Au moment des cérémonies religieuses du Courban Baïram, au mois de décembre 1877, le choléra, dont l'existence parmi les pèlerins avait été dissimulée par les autorités de la Mecque, éclata tout à coup avec une grande violence parmi la foule réunie à la vallée de Mina.

La nouvelle en fut transmise en Egypte à l'instant où les pèlerins commençaient à s'embarquer pour le retour.

L'administration égyptienne, prise au dépourvu, n'eut que le temps d'improviser une quarantaine à El-Tor, station beaucoup plus rapprochée de Suez qu'El-Ouedj, et d'y faire conduire les navires déjà partis de Djeddah.

Tous les pèlerins y subirent une quarantaine pendant laquelle le choléra s'éteignit entièrement parmi eux ; mais ce ne fut pas sans de grandes inquiétudes, sans des évasions dangereuses par la trop grande proximité de Suez. Néanmoins l'Egypte fut encore préservée cette fois. Quant aux caravanes parties de la Mecque, elles souffrirent beaucoup au commencement de leur marche à travers le désert.

(1) V. *France méd.*, n° 49, p. 596.

et, comme l'expérience nous l'avait appris, le choléra les y abandonna bientôt entièrement.

Les mesures prises à cette occasion ne manquèrent pas de soulever, de la part des trafiquants lésés dans leurs intérêts, les protestations les plus odieuses et les plus mensongères.

Enfin quatre années s'écoulèrent sans la moindre manifestation de choléra parmi les pèlerins de la Mecque, et pendant lesquelles il va sans dire que les mesures rigoureuses à leur égard furent suspendues. La seule précaution prise contre eux fut une observation de vingt-quatre heures, pour constater quel était leur état sanitaire.

Enfin nous arrivons à la grande manifestation épidémique de l'année dernière. Elle survenait à un moment où le service sanitaire égyptien était en voie de réorganisation et où le Conseil international d'Alexandrie, investi de pouvoirs nouveaux, travaillait à cette réorganisation.

Au commencement de septembre 1881, la nouvelle parvint, à Alexandrie, que le choléra régnait à Aden depuis les premiers jours du mois d'août et que le fait avait été dissimulé par les autorités du port d'Aden, qui continuaient à délivrer des patentes nettes. Le Conseil sanitaire international prescrivit immédiatement la mise en quarantaine des provenances d'Aden.

Au reçu de cette nouvelle, dès le 16 septembre, le danger nous parut très menaçant pour l'Egypte, par suite de la coïncidence du prochain pèlerinage de la Mecque, qui pouvait être contaminé. Aussi sans attendre, pour agir, d'autres informations plus précises, sur ma demande, appuyée par le Comité consultatif d'hygiène, des ordres furent-ils expédiés d'urgence par le gouvernement à nos agents consulaires en Egypte, à l'effet d'appuyer non-seulement toutes les précautions prises par le Conseil sanitaire d'Alexandrie, mais d'agir en vue de l'éventualité d'une épidémie de choléra à la Mecque, et d'insister pour que *dès à présent* le lazaret d'El-Ouedj fût mis en état de fonctionner, ou, à défaut, celui de Tor.

Ces instructions furent expédiées sans retard et fidèlement exécutées. Ce que nous avions prévu arriva : dès la fin de septembre le choléra s'était manifesté à la Mecque, où il avait été importé, nous l'avons su plus tard, par les pèlerins provenant du même navire qui avait communiqué la maladie à Aden.

Le choléra ne se manifesta d'abord à la Mecque que par un petit nombre d'attaques; il s'étendit jusqu'à Médine, mais bientôt, comme nous le redoutions, au moment où les pèlerins furent réunis pour les cérémonies religieuses, l'épidémie prit tout à coup un grand développement.

Le Conseil sanitaire d'Alexandrie, dès l'origine, avait pris des décisions énergiques, mais malheureusement les moyens d'exécution

manquaient et il importait d'être en mesure d'agir pour l'époque du Courban Baïram, c'est-à-dire pour le commencement de novembre. Le gouvernement égyptien manifestait beaucoup de tiédeur et, malgré les décisions favorables prises par le Conseil sanitaire de Constantinople, stimulé par notre représentant, M. le Dr Mahé, le gouvernement turc, par politique, apportait des obstacles par ses agents en Égypte.

Cependant, dès que l'apparition du choléra à la Mecque eut été signalée, l'administration égyptienne sortit de sa torpeur, et, grâce à l'activité et à l'intelligence de deux hommes, deux Français, M. Guillois, délégué du Consulat au Conseil sanitaire, et M. le Dr Ardouin, inspecteur général du service sanitaire égyptien, les préparatifs furent poussés avec une grande activité, grâce aussi à l'appui qu'ils trouvèrent dans le premier ministre d'alors, Chérif-Pacha.

M. Guillois se rendit à Tor et à El-Ouedj, pour y étudier la situation, qu'il reconnut très praticable ; M. Ardouin fut chargé de la direction du campement d'El-Ouedj et il s'en acquitta avec un grand dévouement, reconnu par M. de Lesseps lui-même.

Ces deux hommes méritent toute notre reconnaissance, car sans eux le Conseil sanitaire serait probablement resté impuissant.

Les campements quarantenaires furent prêts à recevoir les pèlerins vers la fin de novembre. Ils y arrivèrent d'abord sur des navires partis de Djeddah dès le 29 novembre, puis successivement par convois échelonnés et plus tard par caravanes.

Ces derniers, qui avaient fait une longue route, arrivèrent sains de choléra ; mais il n'en fut pas de même de ceux transportés sur des navires. Ceux-ci, particulièrement ceux de certains arrivages, apportèrent le choléra dans les campements, qui n'en furent débarrassés entièrement qu'au bout d'un mois environ. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 avril 1882. — Présidence de M. L. LABBÉ.

M. Farabeuf offre une thèse de M. Cavayé, sur les fractures du col de l'omoplate avec preuves expérimentales démontrant que la plupart sont des fractures par arrachement.

LARYNGOTOMIE INTERCRICO-THYROÏDIENNE. — *M. Nicaise* lit un rapport sur un travail de M. Richelot relatif à la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, auquel il en adjoint un sur une note envoyée par M. Krishaber sur le même sujet.

Il rappelle le rapport qu'il a fait autrefois sur le même sujet à propos d'un travail de M. Krishaber.

Le malade qui fait le sujet de la note de M. Richelot était atteint

pithélioma du plancher de la bouche. M. Richelot fit la laryn-
ie intercrico-thyroïdienne comme opération préliminaire : i
ciser le cartilage cricoïde pour faire pénétrer la canule qui
ait 9 millimètres.
Nicaise conclut de ses mensurations que la membrane crico-
dienne mesure de 9 à 11 millim. de largeur, et néanmoins une
: de 9 millim. ne peut passer qu'avec la section du cricoïde; il
onc une plus petite canule que pour la trachéotomie.
'apporteur considère l'emploi du thermo-cautère comme inu-
l repousse les débridements latéraux, pour éviter la section
:oïde dont la moindre éraillure suffit pour le faire éclater quand
roduit une canule un peu forte; il conseille avec M. Krishaber
ırner le dos du bistouri vers le cricoïde pour opérer la section
membrane. Du reste, l'incision du cricoïde, quand elle est né-
re, ne présente pas d'inconvénients; la canule ne reste jamais
les lèvres de la section.
valeur absolue et relative de la laryngotomie intercrico-thyroï-
: ne peut être complètement appréciée encore; néanmoins, le
rteur croit que ce ne peut être qu'une opération de nécessité
le corps thyroïde est volumineux et qu'il existe de gros vais-
dans la région, comme il en a eu un cas l'année dernière dans
rvice.
s son dernier rapport sur la même question, M. Nicaise avait
ié ses craintes sur le voisinage des cordes vocales et sur la
ilité de leur altération et de la nécrose du cartilage thyroïde. La
e M. Krishaber répond à ces craintes, puisque dans cette note
latée l'observation d'un malade opéré depuis plus d'un an et
:t qui parle très facilement. M. Nicaise a vu le malade et a pu
ısurer. M. Krishaber conclut à la supériorité du thermo-cau-
ui doit faire l'incision par ponctuations successives et non par
n; il conclut enfin à la supériorité de l'opération de Vicq-d'Azyr
trachéotomie.
Chauvel a eu l'occasion de faire une laryngotomie intercrico-
dienne: il lui a été impossible d'introduire une canule de vo-
ırdinaire; il a été obligé d'en introduire une petite qui n'a pu
ntenir, d'où la nécessité de faire la section du cricoïde pour
.r en introduire une plus grosse; dans les cas ordinaires, il
erait la trachéotomie.
Desprès veut signaler deux points : l'un à propos de l'historique;
elle que Boyer faisait l'incision du cricoïde; cette opération,
: en défaveur, fut reprise par Nélaton qui faisait l'incision
ıortion du cricoïde; il a eu l'occasion de le faire une fois; c'est
mple : il prétend que la section simple ne suffit pas. L'autre
ıst relatif à la valeur de l'opération ; il la croit bonne dans les

cas de corps étranger du larynx ; mais quand on veut laisser une canule à demeure, il n'y a rien de plus mauvais, dit-il; les mouvements de déglutition occasionnent dans la trachée des douleurs vives au frottement de la canule, douleurs qu'on n'a pas à la suite des trachéotomies ; il est donc un adversaire résolu de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne ; il a pu voir un malade opéré de cette façon qui souffrait horriblement et qui l'a convaincu.

M. Verneuil croit la laryngotomie intercrico-thyroïdienne une excellente opération, très facile, dépourvue de la plupart des inconvénients et des dangers de la trachéotomie ; elle est seule possible dans certains cas, de plus la canule est parfaitement supportée.

Il l'a faite très facilement l'année dernière pour un épithélioma du larynx ; le malade a gardé la canule un an ; pendant dix mois il a pu se croire guéri, il est mort d'infection cancéreuse.

Il l'a faite encore dernièrement dans son service sur un malade atteint d'épithélioma du pharynx, qui avait d'énormes paquets ganglionnaires au cou et des veines très développées. Le bout inférieur du cartilage thyroïde était à peine distant d'un travers de doigt de la fourchette sternale. La trachéotomie eût été impossible : l'opération de Vicq-d'Azyr a été faite très simplement.

M. Krishaber a rendu un grand service en la remettant en honneur, et en montrant qu'on pouvait se servir de canules plus petites qu'on ne croyait.

Elle serait peut-être contre-indiquée dans les cas de laryngites chroniques, où la membrane intercrico-thyroïdienne aurait perdu son extensibilité ; mais ces cas sont exceptionnels.

M. Farabeuf a fait beaucoup de laryngotomies intercrico-thyroïdiennes sur les cadavres ; c'est une opération très simple. Le moindre élève la fait très facilement ; de plus les anomalies vasculaires sont très rares à ce niveau.

Il arrive souvent que le bistouri entame le cricoïde, l'introduction de la canule le fait se fendre alors très facilement, mais ça n'a pas d'inconvénient ; une canule ordinaire n'entre pas facilement ; il faut la canule à mandrin de M. Krishaber.

Les expériences physiologiques montrant qu'on peut respirer à travers un tube très petit, on peu mettre une canule très petite.

M. Sée a vu opérer M. Krishaber ; l'opération a été très simple, le malade a été revu un an après, la canule n'avait aucune tendance à se déplacer et le malade n'en souffrait nullement.

Il l'a faite deux fois avec la plus grande facilité ; c'est pour lui une excellente opération.

M. Desprès. La laryngotomie intercrico-thyroïdienne n'a qu'un avantage, c'est qu'elle est plus facile ; mais elle vient à l'encontre

NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 50 SAMEDI 29 AVRIL 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
... et E. LECROSNIER
... Place
...de-l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

...ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 58, rue de Londres.
...es remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
...ces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

capsule de Ténon. Chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine d'Angers, il a pu faire des préparations nombreuses qui l'ont conduit à quelques idées personnelles. Il accepte avec M. Sappey la partie bulbaire de l'aponévrose oculaire, s'étendant du nerf optique à la cornée transparente, et par suite enveloppant l'œil dans la plus grande partie de son étendue. Pour démontrer cette capsule bulbaire tout entière, il sectionne la conjonctive autour de la cornée, la décolle avec le manche d'un scalpel jusqu'au cul-de-sac conjonctival et l'excise. Il fait ensuite la section péricornéale de la membrane fibreuse sous-jacente, sépare cette membrane de la sclérotique, à laquelle elle adhère en avant, détache successivement à l'aide des ciseaux les tendons des six muscles au ras de la sclérotique, complète le décollement avec le manche du scapel, et, le nerf optique étànt coupé, enlève le globe en l'attirant par l'ouverture antérieure de sa coque fibreuse. Le globe enlevé, si l'on tend la capsule avec des pinces, on voit nettement sa cavité sphérique avec ses deux orifices et la parfaite continuité de ses parties sous-conjonctivale et intra-orbitaire qui ne font qu'une seule et même membrane.

On peut, après la préparation précédente, disséquer la capsule bulbaire par sa face externe, l'isoler et la remplir d'ouate. Après la dessication on obtient un cocon sphérique.

La portion orbito-palpébrale de la capsule de Ténon est décrite par l'auteur de la manière suivante :

De toute la circonférence de la capsule bulbaire se détache une lame fibreuse circulaire qui se soude, en haut, au muscle orbito-palpébral en bas au ligament large, et sur les côtés se confond avec les deux extrémités du muscle orbito-palpébral et des ligaments larges pour aller se fixer sur la partie correspondante de la base de l'orbite, c'est-à-dire en dedans sur le sac lacrymal, l'apophyse montante du maxillaire supérieur et l'apophyse orbitaire interne du frontal; en dehors sur la lèvre antérieure du rebord orbitaire, près de la suture fronto-malaire.

C'est ce diaphragme que traversent les quatre muscles droits; les tendons, en traversant cette aponévrose, ne font pas un trou à l'emporte-pièce, ils refoulent et entraînent des bandes fibreuses qui les entourent complètement et se fixent avec eux à la sclérotique.

Nous passerons rapidement sur le reste de cet ouvrage, dans lequel nous avons trouvé moins de points personnels à l'auteur. M. Motais étudie successivement les mouvements synergiques des deux yeux, la vision binoculaire, les caractères et les variétés du strabisme, son étiologie, ses conséquences et son diagnostic.

M. Motais s'arrête peu de temps sur le traitement non opératoire du strabisme, pour arriver au traitement chirurgical, à la strabo-

›mie et au traitement orthophthalmique consécutif à l'opération. L'auteur donne le résumé des 26 opérations qu'il a faites et sur ›squelles il a eu 22 succès. A. CHEVALLEREAU.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 1er au mai1882.) — *Lundi*, 1er. — Doctorat, 1er, dissection (ancien régime) : IM. Verneuil, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve ura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) - 2e (ancien régime, partie orale) : MM. Vulpian, Charcot et Monod. — ' (ancien régime, partie orale) : MM. Parrot, Duplay et A. Ollivier. — : MM. Baillon, Hanriot et Heninger. — 3e : MM. Regnauld, Ga- el et Bocquillon. — 4e : MM. Bouchardat, Hayem et Straus. — 5e (Cha- té) : MM. Fournier, Guyon et Budin. — 5e (Charité) : MM. Depaul, otain et Reclus.

Mardi, 2. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Le Fort, Panas Bouilly. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'an- en collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : IM. Sappey, Laboulbène et Humbert. — 1er (ancien régime, oral) : IM. Richet, Cornil et Berger. — 4e (ancien régime, oral) : MM. Peter, rouardel et Troisier. — 5e (ancien régime, Charité) : MM. Pajot, La- ›gue et Peyrot. — 5e (nouveau régime, 2e partie), clinique interne et ›reuve d'anatomie pathologique) : MM. Jaccoud, Legroux et Grancher.

Mercredi, 3. — Doctorat, 1er (fin d'année, ancien régime) : MM. Han- ›t, Gay et Bocquillon. — 3e (fin d'année, ancien régime) : MM. Par- ›t, Straus et Monod. — 1er, dissection (ancien régime) : MM. Trélat, uplay et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 ›ure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien gime) : MM. Béclard, Guyon et Reclus. — 1er (ancien régime, oral) : M. Charcot, Tillaux et Ch. Richet. — 2e (ancien régime, oral) : M. Potain, Hayem et Pozzi. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Verneuil, ›urnier et Landouzy.

Jeudi, 4. — Doctorat, 1er, dissection (ancien régime) : MM. Sappey, ›rnil et Bouilly. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure, l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, al) : MM. Richet, Legroux et Humbert. — 1er (ancien régime, oral) : M. Le Fort, Laboulbène et Berger. — 2e (ancien régime, oral) : M. G. Sée, Brouardel et Peyrot. — 1re classe (sages-femmes) : MM. jot, Hardy et Jaccoud.

Vendredi, 5. — Doctorat, 1er (ancien régime, oral) : MM. Béclard, arcot et Pozzi. — 1er (ancien régime, oral) : MM. Vulpian, Potain et . Richet. — 1er (ancien régime, oral) : MM. Duplay, Hayem et Remy. 1er (ancien régime, oral) : MM. Trélat, Parrot et Monod. — 1re classe ›ges-femmes) : MM. Depaul, Regnauld et Baillon.

Samedi, 6. — Doctorat, 1er (dissection) : MM. Richet, Cornil et Pey- . (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien

collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er : MM. **Sappey, Legroux**, Berger. — 5e (Charité) : MM. Pajot, **Lasègue et Bouilly.** — 5e (Charité) : **MM. G. Sée**, Panas et Charpentier.

Samedi, 6. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours pour trois places de chirurgien des hôpitaux.* — Les candidats inscrits au concours qui doit s'ouvrir le lundi 8 mai prochain pour la nomination à **trois places** de chirurgien du Bureau central sont au nombre de 19. Ce sont : **MM.** Bazy, Campenon, Cartaz, Duret, Garnier, Henriet, **Jalaguier, Jullien, La Bec**, Nélaton, Nepveu, Petit, Picqué, Pengrueber, Quénu, **Redard, Reynier**, Segond et Valtat.

Le jury tiré au sort se compose de MM. **Terrillon, Richet**, Tillaux, Le Dentu, Terrier, *Lannelongue*, Berger, ***Duplay, Gombault.***

Les noms en italique sont ceux des juges qui ce matin encore (vendredi) n'avaient pas fait connaître leur acceptation.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours public* pour **la nomination** à deux places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 1er juin 1882, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 1er mai 1882 et sera clos définitivement le lundi 15 mai 1882, à trois heures.

— *Concours* pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer. — Le 8 juin 1882, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à une place d'interne, à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Le registre d'inscription restera ouvert de onze heures à trois heures, depuis le 4 mai 1882 jusqu'au 20 du même mois inclusivement.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le Dr Jules Simon reprendra ses conférences à l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi 3 mai, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. — Le samedi, consultation clinique.

HÔPITAL DE LOURCINE. — M. le Dr Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, reprendra son cours de syphiligraphie et de gynécologie le mercredi 3 mai, à neuf heures.

Ordre des travaux : le mardi, consultation et traitement externe; le samedi, leçons cliniques pendant l'examen des malades ; le mercredi, leçons à l'amphithéâtre sur le traitement de la syphilis et des affections utérines.

NÉCROLOGIE. — VILLENEUVE (Etienne-Pierre-Félix), docteur en médecine, professeur à l'École de médecine de Marseille, ancien chirurgien en chef de la Maternité de la même ville, ancien président de la Société de médecine, du comité médical des Bouches-du-Rhône, de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux, officier d'académie, est décédé le 19 avril 1882.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince

т-Neuvième annee — Tome I. N° 51 Mardi 2 Mai 1882

LA

RANCE MÉDICALE

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ʼREAUX
s'abonne chez
IYE et E. LECROSNIER
Place
ole-de-Médecine
PARIS

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

er ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
vrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
nonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

Je Année. — Tome I. — N° 51. Mardi 2 Mai 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HYGIÈNE

Sur les quarantaines à Suez (*Suite et fin*) (1).

Par M. A. Fauvel.

Voici, pour répondre aux commentaires malveillants, la statistique de la mortalité parmi les pèlerins au campement d'El-Ouedj du novembre au 10 février.

Dans cette période, 12,000 pèlerins passèrent successivement aux campements d'El-Ouedj, où ils étaient séparés par catégories.

Sur ce nombre il y eut 304 décès, savoir : 69 par choléra confirmé, 109 par diarrhée suspecte, 126 par maladies diverses. Ce qui donne 178 décès par choléra ou accidents cholériformes.

Notons qu'une catégorie provenant d'un seul navire, composée de 7 pèlerins, perdit à El-Ouedj 145 personnes, parmi lesquelles 92 par choléra ou diarrhée suspecte.

On voit par là que, malgré des conditions qui laissaient à désirer, campement d'El-Ouedj n'a pas été désastreux pour les pèlerins, parmi lesquels, en temps ordinaire la mortalité est toujours très forte à leur voyage de retour.

Cependant il s'en fallut de peu que la quarantaine n'échouât, par fait de la révolution dite *des Colonels* en Égypte. L'effet s'en traduisit immédiatement par une indiscipline complète parmi les soldats chargés de garder et de protéger les pèlerins.

Ces soldats se crurent tout permis : ils accaparèrent les vivres et firent trafic ; ils devinrent menaçants et plusieurs médecins furent maltraités par eux. Mais heureusement que la quarantaine touchait à sa fin et que tout danger de contamination avait disparu.

Indépendamment de cet incident, on a beaucoup parlé de désordres, d'actes arbitraires, même de violations de quarantaine.

Je ne nie en rien que des irrégularités, que des contraventions ont été commises, mais elles ne pouvaient avoir heureusement aucun effet compromettant au point de vue sanitaire, à raison de la distance à parcourir par terre ; seulements j'admets difficilement que M. Ferdinand de Lesseps ait pu commettre la violation de quarantaine dont il s'est accusé devant vous, par la raison que l'Égypte n'était pas en quarantaine. Si le fait avait eu lieu, il me serait impossible de l'en féliciter ; mais j'estime qu'il y a erreur de sa part.

J'arrive aux griefs et aux plaintes des grandes compagnies de

(1) V. *France méd.*, n° 49 et 50, p. 582 et 592.

paquebots contre les mesures prises à leur égard pendant la dernière épidémie cholérique, et qui se sont produits à Alexandrie, à Londres et à Paris.

Ces compagnies se sont plaintes de ce que les formalités sanitaires, à l'égard de leurs paquebots, s'étaient aggravées.

En effet, à raison du choléra qui menaçait l'Egypte par les provenances de l'Inde, où la maladie régnait, le Conseil sanitaire égyptien prit une résolution qui, vu les circonstances, obligeait ces paquebots à se rendre à Tor, pour y faire constater leur état sanitaire et y débarquer leurs marchandises et leurs passagers. En l'absence de choléra à bord, ceux de ces paquebots qui ne voulaient pas s'arrêter à Tor étaient autorisés à franchir le canal en état de quarantaine.

Ces paquebots éprouvaient ainsi une gêne dans leurs opérations en Egypte, et en tous cas un très léger retard dans leur voyage. Il y avait certainement quelque chose d'exagéré dans ces mesures; mais il faut tenir compte de la situation critique où se trouvait l'Egypte et de la responsabilité qui pesait alors sur le Conseil sanitaire.

Quoi qu'il en soit, le Conseil répondit aux plaintes que les mesures en questions seraient levées dès que les nouvelles des Indes seraient redevenues favorables.

A Londres, le gouvernement anglais fit demander à notre Ministre des affaires étrangères ce que nous pensions de la situation.

La réponse de notre part ne se fit pas longtemps attendre; elle est consignée dans une note qui a été soumise au Comité consultatif d'hygiène et approuvée par lui.

Elle concluait que les mesures exceptionnelles prises dans ces derniers temps en Egypte contre les paquebots-poste provenant de l'Inde devaient prendre fin avec les circonstances exceptionnelles qui les avaient provoquées, ce qui ne pouvait manquer de se produire très prochainement.

Il était entendu, pour nous, qu'alors l'état antérieur devait être rétabli, c'est-à-dire que les paquebots-poste provenant des ports indiens seraient, à leur arrivée à Suez, assujettis seulement à une constatation médicale de leur état sanitaire *à dater de leur point de départ*, et que, si le résultat en était satisfaisant, ces paquebots seraient immédiatement admis en libre pratique. Il va sans dire que, dans le cas contraire, la mise en quarantaine leur serait appliquée, selon les circonstances.

Nous avons appris par les nouvelles les plus récentes que, par décision du Conseil sanitaire égyptien, la levée des mesures exceptionnelles était un fait accompli. Je puis même ajouter que le Gouvernement anglais a complètement adhéré à notre manière de voir.

Aujourd'hui le pèlerinage est terminé ; les pèlerins après avoir subi toutes les épreuves de la quarantaine, ont regagné leurs foyers sans aucun danger pour la santé publique.

Nous voilà donc revenus à l'état normal, dans lequel toutes les provenances de l'extrême Orient, de même que celles de la mer Rouge, sont admise en libre pratique à Suez, moyennant qu'il soit établi que ces provenances n'ont pas eu de choléra à bord pendant la traversée.

Cet état normal correspond à une phrase de moi, citée dans la Communication écrite de M. de Lesseps.

En résumé, pour nous, facilités aussi grandes que possible quand le navire provenant de loin est reconnu réellement sain ; mesures sérieuses contre tout navire infecté ou suspecté de l'être.

Maintenant, l'Académie remarquera, et c'est un côté bien curieux de l'effaire, que dans sa Note écrite M. de Lesseps arrive à la même conclusion que nous, c'est-à-dire qu'il propose exactement ce qui est la pratique *ordinaire* à Suez. De quoi se plaint-il donc, puisque cette manière d'agir était en vigueur avant les derniers événements pendant lesquels elle avait seulement été interrompue ?

Je dois supposer que M. de Lesseps a été mal informé, et qu'il a parlé comme s'il était encore question des quarantaines qu'il combattait dans sa jeunesse. J'estime à présent qu'il doit être mieux éclairé.

Le Conseil sanitaire international d'Alexandrie, dont certains intérêts voudraient se débarrasser, est une institution des plus utiles aux intérêts européens, et dans ces dernières circonstances il a mérité nos éloges ; il a pu se tromper sur certains points, mais il n'a rien compromis.

Le Conseil venait d'être réorganisé et d'être investi de prérogatives qu'il n'avait pas auparavant ; il travaillait à la réorganisation du service quand les évènements l'ont supris dans ce travail qu'il va reprendre. Aujourd'hui le Comité consultatif d'hygiène de France est saisi d'un projet de budget sanitaire élaboré par le Conseil égyptien et qui est aujourd'hui soumis à l'appréciation de tous les gouvernements européens.

Il ne s'agit de rien moins que de conclure une convention internationale régularisant, comme en Turquie, le fonctionnement du service sanitaire égyptien. Est-ce le moment de le détruire ?

L'Egypte, vous le savez, traverse en ce moment une crise redoutable, celle du régime dit *des Colonels*, qui menace de détruire toutes les institutions européennes dans ce pays, y compris celles qui ont la santé publique pour objet.

Dans cette conjecture, n'est-ce pas notre devoir de soutenir ce Conseil, qui représente l'Europe, et de l'améliorer dans son fonction-

nement, plutôt que de laisser soumettre les questions sanitaires à un arbitraire favorable à tous les abus. Je soumets cette question à l'appréciation de l'Académie et à la haute sagacité de M. de Lesseps.

Par ce simple exposé, que j'aurais voulu rendre plus court et qui cependant est très incomplet, j'espère que l'Académie sera éclairée sur la valeur des griefs portés devant elle par l'organe respecté de M. de Lesseps.

Je n'y ajouterai qu'une réflexion.

J'ai la confiance que personne ne trouvera plus, pas même M. de Lesseps, que des mesures sanctionnées par toute l'Europe, appuyées par des savants illustres, membres de cette Accadémie, au sein du Comité d'hygiène, soient des procédés barbares, contraires au progrès scientifique. Cependant, en faut-il conclure que les mesures actuelles soient à nos yeux l'idéal de la prophylaxie? Loin de là : j'ai dit mon sentiment à cet égard dans une phrase que M. de Lesseps a rappelée dans sa Communication. Oui je pense toujours que les quarantaines proprement dites disparaîtront, grâce aux progrès de la science, et seront remplacées par des mesures prophylactiques d'un autre ordre. Qui nous dit que les recherches de M. Pasteur ne conduiront pas à ce résultat? Mais, en attendant il est incontestable qu'aujourd'hui, faute de mieux, les quarantaines, appliquées conformements aux données de la science, ont leur raison d'être.

REVUE DE LA PRESSE

Manière d'administrer le tannin. — Le tannin employé à l'extérieur donne souvent de mauvais résultats lorsqu'il est employé en poudre ou en solution simple, soit qu'il manque son effet, soit qu'il produise de la douleur et de l'inflammation de l'estomac ou des intestins. A la polyclinique de Leipsig, on évite ces inconvénients et on fait un mélange astringent et agréable, bien accepté par les enfants, en préparant un albuminate de tannin d'après la formule suivante :

℞ Acide tannique	2 parties.
Eau }	āā 100 parties.
Albumine d'œuf }	

En ajoutant l'albumine d'œuf il faut agiter fortement le mélange.

Recherches expérimentales sur la résection partielle des poumons. — Le Dr *H. Schmid* (*Centralblatt fur Chirurgie*) a excisé chez huit chiens une portion du sommet du parenchyme pulmonaire : trois de ces animaux ont guéri. Cinq sont morts, l'un intoxiqué par l'acide carbonique, les quatre autres d'une pleurésie purulente due à l'absence des précautions antiseptiques. Ces expériences et un certain nombre d'opérations pratiquées sur le cadavre ont conduit Schmid à formuler les conclusions suivantes :

1. On peut écarter les difficultés techniques qui rendent difficile l'accès des poumons par les procédés opératoires. — 2. Les opérations sur le parenchyme des poumons sont certainement praticables. — 3. On peut éviter les hémorrhagies. — 4. Les difficultés opératoires chez un homme sain sont les mêmes que chez les chiens. — 5. L'opération est praticable même lorsque le poumon est criblé de cavités et adhérent à la plèvre.

Schmid décrit son procédé opératoire et montre dans quels cas on peut espérer la guérison lorsqu'il s'agit de blessures ou d'un processus destructif des poumons, par exemple de la formation de cavernes.

Du nitrite d'amyle dans l'amblyopie. — *Deutschmann* rapporte trois cas dans lesquels il s'est bien trouvé des inhalations de nitrite d'amyle.

Un homme de 71 ans, huit jours avant de se présenter à la clinique de Göttingen, avait éprouvé une grande diminution de son acuité visuelle de l'œil droit. Pendant la semaine précédente, la vue avait été affectée, mais seulement d'une manière passagère, et chaque soir elle reprenait l'acuité normale. A l'ophthalmoscope, on trouvait la papille pâle, les artères de la rétine diminuées de calibre, le tonus de l'œil n'était pas augmenté et les veines étaient normales. L'œil droit comptait les doigts à 10 pouces avec un verre convexe de 6 dioptries, le champ visuel était fortement rétréci. L'œil gauche, muni d'un verre de 4,50 dioptries, avait une acuité visuelle de $\frac{2}{7}$; le champ visuel était normal. Immédiatement après une inhalation de nitrite d'amyle d'une demi-minute, l'œil droit comptait les doigts à 17 pouces et l'acuité de l'œil gauche était montée à $\frac{2}{5}$. Le lendemain, il y eut une amélioration spontanée : l'acuité de l'œil droit devint égale à $\frac{2}{10}$. Le malade fut alors laissé jusqu'au lendemain sans aucun traitement ; la vision resta alors exactement la même, mais immédiatement après une autre inhalation, elle s'éleva à $\frac{2}{7}$, état dans lequel elle resta. Il n'y avait aucun changement à l'ophthalmoscope.

Un homme de 62 ans était amaurotique de l'œil gauche ; de l'œil droit, il comptait les doigts à un pouce. A l'ophthalmoscope, on trouvait les papilles blanches, les vaisseaux fortement rétrécis. Après avoir fait deux fois par jour pendant une quinzaine des inhalations de nitrite d'amyle, il put compter les doigts à 20 pouces, et il resta dans cet état.

Un autre homme, dont l'âge n'est pas indiqué, était amaurotique

de l'œil droit; son œil gauche avait une acuité de $\frac{1}{10}$; les papilles étaient très blanches et les vaisseaux très petits. Au bout de trois semaines, l'acuité visuelle était arrivée à $\frac{2}{5}$ sans qu'il y eut aucun changement ophthalmoscopique.

A. Ch.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 *avril* 1882. — *Présidence de* M. Dujardin-Beaumetz.

A l'occasion du procès-verbal :

Alimentation forcée. (*Suite*). — *M. Debove* montre les échantillons de poudres nutritives (de viande et de lentilles) dont il a parlé dans la dernière séance. M. Debove fait remarquer la finesse et le bon goût de ces poudres.

Il revient sur les précautions à prendre pour le gavage. Il insiste sur la nécessité de procéder avec lenteur et de faire ingérer d'abord une petite quantité de nourriture, puis progressivement des doses plus élevées.

M. Guyot. Les poudres fournies par les hôpitaux sont loin de présenter la même perfection et le même goût que celles de M. Debove.

M. Troisier. Il existe dans le commerce des poudres de lentilles cuites.

M. Debove. Mes poudres ont un avantage sur celles du commerce, c'est qu'elles sont pulvérisées avec beaucoup plus de soin.

M. Dujardin-Beaumetz. La poudre de viande fournie par l'administration des hôpitaux ne vaut pas celle qu'emploie M. Debove. C'est qu'elle est fabriquée, je crois le savoir, avec du foie et même, si je ne me trompe, avec du foie de cheval. Cette différence de qualité est liée à une question de prix dont il est juste de tenir compte.

M. Debove. Certainement l'affaire de prix est importante. Cependant si l'on arrive à reconnaître les bons résultats de mon procédé, je crois que le prix deviendra une question secondaire. On pourra même utiliser pour la pulvérisation des parties d'animal qui ne sont pas habituellement employées dans l'alimentation.

M. Millard. J'ai visité le service de M. Debove et j'ai pu constater sur les malades en voie de guérison l'excellence de sa méthode. Le procédé de M. Debove est donc très encourageant. J'ajoute que ce n'est pas 200 gr. par jour de viande pulvérisée que prennent les malades, mais 200 gr. à chaque repas, ce qui fait 600 gr. par jour. Je

crois qu'il faut faire tous ses efforts pour arriver à fabriquer de la poudre de viande à bon marché.

M. Debove. La distance d'ici à Bicêtre est assez grande. Cependant pendant la belle saison, je tâcherai d'amener un certain nombre de mes malades à la Société.

J'avais d'abord appelé mon procédé l'*alimentation forcée*. Cette dénomination a soulevé des objections. On peut la remplacer par le terme de *suralimentation*, si l'on veut.

M. Desnos, au nom de M. Moutard-Martin empêché, présente de la part du Dr Revilliod, de Genève, deux photographies représentant les figures d'un nouveau tube-siphon pour le lavage de la plèvre.

M. Moutard-Martin a envoyé sur l'appareil de M. Révilliod des réflexions d'après lesquelles le nouveau tube ne serait qu'une modification sans avantage du siphon de Potain.

PARASITES DE L'IMPALUDISME. — *M. Laveran.* Je rappelle que j'ai déjà signalé à la Société la présence d'éléments parasitaires dans le sang des paludéens.

En arrivant en Algérie je m'étais d'abord proposé d'étudier l'anatomie pathologique de l'impaludisme. Mes autopsies me montrèrent que la seule lésion constante de l'impaludisme était la présence d'éléments pigmentés dans le sang. Quant à l'origine de ces éléments pigmentaires, fallait-il admettre qu'ils étaient dus à la destruction des globules rouges du sang? L'examen histologique du sang me montra qu'en dehors des leucocytes mélanifères, décrits déjà par Frerichs, il existait d'autres éléments pigmentés dont la nature parasitaire n'était pas douteuse.

M. Laveran décrit longuement ces éléments pigmentés parasitaires auxquels il reconnaît trois formes et des caractères assez complexes.

Mes recherches, ajoute M. Laveran, ont été prolongées pendant deux ans. J'ai observé que la médication quinique faisait disparaître les éléments pigmentés. Dans la cachexie palustre, ces éléments n'existent que dans les capillaires du foie et de la rate. Dans les fièvres proprement dites, on les trouve dans la circulation générale; pour les observer il suffit d'examiner le sang extrait par une piqûre du bout du doigt des malades. M. Laveran paraît très convaincu de la nature animée des éléments qu'il a observés et décrits; il s'étonne des objections qui lui ont été adressées; cependant il reconnaît que l'histoire naturelle de ces parasites n'est pas encore suffisamment élucidée.

Quant au rôle pathogénique de ces parasites, M. Laveran établit les propositions suivantes :

1° Les parasites existent toujours dans le sang des paludéens, au moins dans les capillaires de la rate;

2° L'abondance des parasites est en rapport avec la gravité des accidents ;

3° C'est au début des accès qu'on trouve les éléments parasitaires en plus grand nombre ;

4° Jamais on ne trouve ces éléments parasitaires dans d'autres maladies;

5° Ces éléments disparaissent rapidement après la guérison de l'accès par la médication quinique ;

6° Les preuves expérimentales d'inoculations font défaut, parce que la fièvre palustre n'est pas inoculable aux animaux.

M. Laveran n'a pu établir par quelle voie les parasites pénètrent dans l'organisme, mais il croit qu'après ses recherches la théorie parasitaire de l'impaludisme est établie sur des bases solides.

M. Laboulbène. Le travail de M. Laveran laisse des desiderata sur lesquels j'appelle son attention. Il n'a fait aucune mention des travaux antérieurs et notamment de ceux de M. Tomasi-Crudelli et des savants italiens qui ont décrit des bactéries dans l'impaludisme et prétendent même avoir, par l'inoculation chez les animaux, produit des splénomégalies.

Je ferai remarquer en outre à M. Laveran que tant que la culture n'aura pas reproduit les formes intermédiaires des parasites qu'il dit avoir observés, la question doit rester dans le doute. De plus, le polymorphisme de ces prétendus parasites est un caractère bien extraordinaire.

Je voudrais savoir aussi si M. Laveran considère ces parasites qu'il a appelés jadis « oscillaria malaria » comme des animaux ou des végétaux. Je lui rappelle que M. Ch. Robin a donné un moyen très simple de distinguer les animaux des végétaux par l'action de la potasse, de la soude ou de l'ammoniaque qui dissolvent ces derniers et n'attaquent pas les parasites du règne animal.

M. Laveran ne nous a pas dit non plus comment les parasites pénétraient dans l'organisme, ni si des germes de ces parasites persistaient dans le sang après l'accès.

M. D.-Beaumetz. Y a-t-il un rapport entre les parasites du sang que vient de décrire M. Laveran et les organismes végétaux qu'on trouve à la surface des marais et qu'on a considérés comme la cause de l'intermittence ?

M. Laveran. Je n'ai pas fait d'historique pour ne pas allonger la communication. Je n'ai pas cité MM. Tomasi-Crudelli et Klebs parce que les bactéries que ces auteurs ont trouvées ne ressemblent pas à mon parasite, non plus que les palmelles de Salisburg.

Quant à l'objection relative au polymorphisme de mes parasites je ferai remarquer que je réserve complètement la question d'histoire naturelle, pour laquelle je me déclare incompétent; cependant

ces parasites ne sont pas des bactéries, je les rapproche des protées ou des grégarines, et je les considère comme des animaux.

On m'a parlé de culture ; je pense que la culture de ces parasites est impossible dans des milieux artificiels en dehors du sang vivant. Or, on ne connaît pas d'animal qui puisse contracter la fièvre intermittente.

Je répète aujourd'hui le nom « d'oscillaria malaria » que j'ai employé jadis et qui s'appliquerait seulement à un végétal. Je rapproche aujourd'hui mon parasite des protixtes.

Un autre médecin, M. Richard, a observé les mêmes parasites que moi, mais nous différons d'opinion sur l'interprétation. Les recherches de M. Richard ont été communiquées à l'Académie des sciences.

Je répondrai à M. Beaumetz que j'ai commencé des recherches sur les corps qu'on trouve à la surface des marais et sur les rapports que ces corps peuvent avoir avec les parasites du sang, mais je ne suis pas encore arrivé à des résultats concluants.

M. Laboulbène. Les caractères assignés par M. Laveran à ses parasites sont plutôt des caractères de végétaux que d'animaux. Les formes qu'il a dessinées ressemblent beaucoup à des filaments d'équisétocées. Peut-être rappellent-elles certaines formes de volvox, mais ce ne sont certainement pas des grégarines. J'engage M. Laveran à se servir du moyen de diagnostic indiqué par M. Ch. Robin, et qui est infaillible, afin de déterminer le plus tôt possible la nature animale ou végétale des parasites qu'il vient de décrire. Je demanderai aussi à M. Laveran s'il a essayé l'action d'autres substances que le sulfate de quinine sur la vitalité de ces éléments.

M. Laveran répond qu'il n'a employé que le sulfate de quinine.

M. Legroux relate un fait intéressant à l'appui de l'opinion qui considère les organismes qu'on trouve à la surface des marais comme la cause de la fièvre intermittente.

La séance est levée à 5 heures.

Ern. GAUCHER.

BIBLIOGRAPHIE

DU LAVAGE DE L'ESTOMAC, par le *Dr H. Faucher*, ancien interne des hôpitaux de Paris, in 8°, 82 p. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1881.

Le lavage de l'estomac est employé depuis quelques années avec un certain succès dans plusieurs affections de cet organe. Le procédé opératoire, les indications, les résultats ne sont plus chose nouvelle. Cependant comme cette pratique est encore peu sortie des services hospitaliers et que beaucoup de nos confrères de la ville hési-

tent à l'employer, la croyant sans doute beaucoup plus délicate qu'elle ne l'est réellement, nous résumerons une brochure toute récemment écrite sur ce sujet par M. H. Faucher, auteur du procédé le plus simple et le plus facile à mettre en usage.

M. Faucher emploie un tube souple de caoutchouc rouge, dit caoutchouc anglais, bien lisse de 1m,50 de longueur et de 8 à 12 millimètres de diamètre extérieur. On peut, chez un malade déjà exercé, employer un diamètre encore plus considérable, mais le diamètre moyen 10 millimètres, suffit dans la plupart des cas.

La paroi du tube est assez épaisse pour qu'il puisse se courber sans effacer son calibre. A l'extrémité libre, la paroi est percée d'un œil latéral, de façon à présenter deux orifices, qui peuvent se suppléer en cas d'obstruction de l'un d'eux. A l'autre extrémité est adapté un entonnoir de verre ou de métal.

Pour pratiquer le lavage, le malade porte profondément dans le pharynx l'extrémité libre du tube préalablement mouillé et la pousse en faisant un mouvement de déglutition. Il est bon de fixer un peu le tube avec les lèvres ou les dents, pour l'empêcher de décrire une arcade à convexité supérieure et d'aller titiller le voile du palais; le patient répète un certain nombre de fois l'acte d'avaler en guidant avec la main le tube tenu près des lèvres et fait de temps en temps une large inspiration. Lorsque le tube est introduit jusqu'à la marque faite à 50 centimètres de l'extrémité libre, le malade remplit l'entonnoir et l'élève à la hauteur de la tête. Le liquide descend et, lorsque l'entonnoir est *presque* vide, on l'abaisse rapidement au-dessous du niveau de l'estomac, et on voit refluer le liquide mélangé de résidus de la digestion.

Après quelques applications, les malades manœuvrent eux-mêmes avec une grande facilité, savent introduire le tube sans éprouver de nausées, et l'emplissent rapidement de nouveau lorsqu'il se vide par mégarde.

Après avoir fait l'éducation du malade, il faut faire répéter l'opération avant chaque repas s'il y a des résidus; plus tard on ne la fait que toutes les vingt-quatre heures.

Le liquide le plus souvent employé sera de l'eau additionnée de bicarbonate de soude; on pourra employer des agents antiseptiques et modificateurs (chloral, borax, etc.). La température du liquide sera froide en général.

Le lavage est indiqué toutes les fois que la muqueuse est malade, que le catarrhe soit primitif ou secondaire, qu'il y ait ou non dilatation de l'estomac, dans l'ulcère simple, la gastrite alcoolique. Il est utile à titre de palliatif dans le cancer. Il peut être employé dans les cas d'empoisonnement et fournir des indications pour les recherches médico-légales. A. Ch.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 24 au 29 avril 1882.

Greffier. Etude sur l'épilepsie partielle. — Rovillain. Contribution à l'étude des vices de conformation de l'anus et du rectum; leur traitement et le procédé opératoire de M. le professeur Rizzoli dans l'anus vulvaire. — Lacot y Martinez. Manifestations rhumatismales du tube digestif. — Desnos. Etude sur la lithotritie à séances prolongées.

NOUVELLES

Exercice illégal de la médecine. — On voit souvent apparaître sur les bancs de la police correctionnelle de curieux types d'escrocs.

Celui dont il s'agit ici se faisait passer pour médecin, et il avait réussi à abuser nombre de gens. N'ayant naturellement pas de titres à montrer, il se prévalait d'une carte d'entrée à l'hôpital qu'on lui avait délivrée pour lui permettre de voir sa femme malade. Quand il montrait sa carte à un de ses clients, il ne manquait pas de dire qu'il était chargé à l'hôpital des opérations difficiles. On le croyait, et cependant le faux médecin ne payait guère de mine. Saül — c'est le nom de cet individu — est un pauvre hère sans éducation, et qui n'a jamais rien eu de commun avec les médecins, sauf lorsqu'il s'est trouvé malade ; ce qui lui est, paraît-il, arrivé souvent.

Saül ne compte pas de cas de guérison dans sa clientèle; aussi n'y a-t-il aucun témoin à décharge pour parler en sa faveur.

Saül d'ailleurs ne cherche pas à se défendre de la prévention dont il est l'objet. Il se borne à demander l'indulgence ; mais son passé est déplorable : tour à tour sous les noms de Bonnemaison, Gauthier, Nestor, de Saül, il a subi diverses condamnations dont plusieurs pour port illégal de décorations. C'est l'orgueil qui a perdu Saül.

On lui adjuge six mois de prison. Ce sera pour lui une nouvelle façon de porter sa croix.

Avec les précédentes condamnations, Saül compte à cette heure 105 mois de prison.

Voilà une vie bien remplie. (*Journal de médecine de Bordeaux.*)

Faculté de médecine de Paris. *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Le professeur A. Fournier commencera ce cours à l'hôpital Saint-Louis le vendredi 5 mai, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Vendredi, leçon à l'amphithéâtre (neuf heures et demie). Mardi, leçon au lit des malades.

Hôpital du Midi. *Conférences cliniques.* — M. le Dr Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera des conférences sur les maladies vénériennes, le dimanche 7 mai, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Visite des malades, à neuf heures.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. *Clinique thérapeutique.* — M. le Dr Dujardin-Beaumetz commencera ses leçons le jeudi 4 mai, à neuf heures et demie, à l'hôpital Saint-Antoine, et les continuera le jeudi suivant à la même heure.

Les leçons auront pour objet le traitement des maladies du système nerveux.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 21 *au* 27 *avril* 1882. — Fièvre typhoïde, 44. — Variole, 19. — Rougeole, 37. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphthérie, croup, 69. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 15. — Infections puerpérales 11. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 58. — Phthisie pulmonaire, 243. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 87.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 48.

Bronchite aiguë, 44. — Pneumonie, 117. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 43; au sein et mixte, 31; inconnu, 4. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 113; l'appareil circulatoire, 70; l'appareil respiratoire, 110; l'appareil digestif, 46; l'appareil génito-urinaire, 42; la peau et du tissu lamineux, 14; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 1; épuisement, 1; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 11. — Nombres absolus de la semaine, 1.341.

Résultats de la semaine précédente : 1.300.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. DOIN, *place de l'Odéon*, 8.

Du climat de Nice et de ses indications et contre-indications en général, par le Dr BARÉTY. 1 vol. in-8 de 128 pages, avec le plan topographique du bassin de Nice. 3 fr.

De l'expectation en médecine et en chirurgie, par le Dr SORBET. 1 vol. in-8. [illegible]

Etude clinique de la syphilis du cerveau, cas graves, curabilité, par le Dr BERNHEIM. 1 vol. in-8 de 88 pages. 3 fr.

Des kystes des ligaments larges, par le Dr CASTANEDA Y TRIANA. In-8 de 94 pages. 3 fr.

Etudes cliniques sur le traitement des bubons vénériens; compression combinée à diverses méthodes thérapeutiques, par le Dr E. GAVOY, médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires. Un volume in-8 de 90 pages. 3 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, *rue Hautefeuille*.

Des températures générale et locale dans les maladies du cœur, par le Dr J.-L. SABATIER, ancien interne des hôpitaux. Grand in-8 de 162 pages et 4 planches. 3 fr.

Etude sur les déterminations gastriques de la fièvre typhoïde, par M. le Dr A. CHAUFFARD, interne lauréat des hôpitaux. Grand in-8 de 108 pages et 2 planches. 3 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince,


OREZZA


UBINAT

...IT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 52 JEUDI 4 MAI 1882

LA
...RANCE MÉDICALE

...JREAUX
...s'abonne chez
...AYE et E. LECROSNIER
Place
...cole-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

...er ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
...vrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
...nonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 52 Jeudi 4 Mai 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 3 mai 1881.

Il y a huit jours, M. Marjolin avait vivement ému l'Académie en ui montrant le danger du non-isolement des maladies contagieuses lans les hôpitaux ou hospices d'enfants. M. Marjolin avait surtout ris à parti l'hospice des Enfants-Assistés, le dépôt, et il avait rappelé ce fait malheureusement bien connu: Un enfant sain et bien porant est envoyé à l'hospice de la rue Denfert pendant que sa mère va e faire soigner à l'hôpital; cet enfant, entré en bon état, meurt au lépôt ou sort avec une maladie contagieuse qui doit l'emporter. L'honorable académicien avait cité entre autres un fait lamentable. Une femme, entrée à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Siedey, avait mis au dépôt ses trois enfants. Ces enfants sortaient uelque temps après de l'hospice en rapportant la diphthérie dont ils evaient tous mourir; de plus, la diphthérie gagnait également un utre enfant, leur parent, demeurant au même etage, et cet enfant uccombait bientôt.

Il appartenait à M. le professeur Parrot de venir répondre au disours accablant de M. Marjolin. Il l'a fait, dans la séance d'hier, de ianière à atténuer peut-être la terreur que l'hospice des Enfants-Assistés fait naître dans le public spécial qui est obligé d'y envoyer ses nfants; il a donné sa statistique depuis vingt-six mois; il a montré es modifications nombreuses qui avaient été apportées dans le serice des Enfants-Assistés, mais il a laissé voir également les nomreux desiderata qui restent à réaliser avant que nos hôpitaux 'enfants soient arrivés au niveau de ceux de Saint-Pétersbourg et e Moscou.

M. Marjolin aura rendu un grand service en montrant cette énorme .cune de notre organisation hospitalière pour obliger l'administraon compétente à la combler au plus tôt.

Dans la séance d'hier, en plus du discours de M. Parrot, l'Académie a pu entendre la lecture d'une observation de M. Caraman et un ouveau discours de M. Béchamp. Le titre seul de l'observation de . Caraman, que nous reproduisons textuellement, montre qu'il s'est ssé là des choses fort anormales qui heureusement se sont termiées par la guérison.

M. Béchamp a résumé lui-même son discours en deux phrases. La emière est celle-ci: Le microzyma est le commencement et la fin e tout; dans le monde tout n'est que microzyma: Ματαιότης ματαιοτήτων, ὶ πάντα ματαιότης. Dans la seconde, comme pour montrer la vanité

des choses, M. Béchamp demande à l'Académie de lui laisser le temps de se comprendre lui-même. C'est bien là la modestie qui convient aux vrais savants. A. Ch.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Anthrax de la lèvre inférieure, exostose sous-unguéale.

Leçon recueillie par MM. Bouicli et Ladroitte,

Internes du service.

I. Vous pouvez voir en ce moment, dans nos salles, un malade qui est atteint d'une affection, à évolution déterminée, ne réclamant de la part du chirurgien aucune intervention active, sauf dans quelques cas bien indiqués, que j'aurai soin de vous apprendre à connaître.

Il s'agit d'un homme qui s'est présenté, il y a quelques jours, à notre consultation pour se faire soigner d'une grosseur survenue à la lèvre inférieure, qui, dit-il, le faisait beaucoup souffrir et lui donnait la fièvre.

Il n'était pas difficile de reconnaître que la tumeur était simplement un anthrax. Il y avait là, en effet, une tumeur qui occupait toute l'étendue de la lèvre inférieure, présentant au niveau de la partie moyenne de celle-ci un point plus dur, culminant, d'un rouge violacé et de l'étendue d'une pièce de 5 centimes.

Tout autour de cette intumescence il y avait un œdème périphérique qui ne s'étendait pas au delà du bord inférieur du menton. La lèvre était très épaissie, et la muqueuse violacée présentait une dureté ligneuse.

C'est dans cet état que le malade fut admis dans le service, souffrant depuis huit jours environ. Bien qu'il n'y ait rien de particulier dans l'histoire clinique de ce malade, je profite cependant de l'occasion, qui se présente, pour bien vous mettre en évidence le parti rationnel que vous devez prendre au point de vue thérapeutique. Mais avant de vous donner les indications générales, je vous dirai que, dans le cas actuel, je me suis abstenu de toute espèce d'incision; j'ai fait appliquer tout simplement de vulgaires cataplasmes sur la région malade. Eh bien! cet anthrax, que je n'ai pas touché, s'est ouvert naturellement du côté de la bouche par deux petites ouvertures et, après huit jours de cataplasmes, le malade est sorti de l'hôpital, guéri. Il ne faut pas vous étonner de cette marche rapide; à la face l'évolution de l'anthrax est beaucoup plus rapide qu'à la nuque ou au dos.

Dans la grande majorité des cas, Messieurs, l'anthrax, il ne faut pas l'oublier, évolue d'une façon normale vers la guérison; il s'agit, en effet, d'une gomme aiguë du tissu cellulaire sous-cutané, qui

éliminée dans un espace de temps plus ou moins long suivant l'étendue de la mortification, par un processus de suppuration, qui se produit presque toujours sans accidents, si on n'entrave pas la marche régulière des phénomènes par une intervention hâtive. Vous n'ignorez pas qu'on a proposé l'incision précoce de l'anthrax pour faciliter l'élimination du bourbillon ; il y en a même qui ont conseillé l'incision cruciale et le curage.

Toutes ces pratiques ne sont pas exemptes de dangers ; car, si dans quelques cas elles ont paru amener une amélioration, bien souvent elles ont été le point de départ d'accidents inflammatoires graves, qui ont emporté les malades.

Contentez-vous donc, forts de ce principe que l'anthrax, lorsqu'il n'est pas tourmenté, marche toujours naturellement vers la guérison, d'appliquer des cataplasmes, qu'on pourra laudaniser légèrement, si les douleurs sont trop violentes.

Si, dans la grande majorité des cas, l'anthrax ne réclame pas des soins actifs, il est cependant certaines conditions dans lesquelles l'incision est vraiment opportune et utile. Je veux vous rappeler que quelquefois la peau ne se perfore pas ; l'anthrax s'accompagne d'une suppuration phlegmoneuse périphérique, qui, dans l'espèce, devient l'élément important, si bien que le bourbillon, généralement minime alors, se trouve noyé dans cet abcès consécutif. Pour caractériser cette variété rare d'anthrax, on pourrait l'appeler anthrax manqué. C'est dans ces circonstances seules que vous aurez rendu service à votre malade, en permettant par une incision réellement indiquée l'élimination du pus, au milieu duquel flottent les débris du bourbillon.

En résumé, s'abstenir de toute tentative opératoire dans l'anthrax classique et user tout simplement des émollients, pratiquer une incision seulement dans l'anthrax suppuré, abcédé, voilà la ligne de conduite qui doit vous guider.

Toutefois, je ne dois pas vous laisser ignorer que lorsque l'anthrax s'accompagne de diabète, le malade est presque fatalement voué à la mort, quoi qu'on fasse.

II. Il y a quelques jours, à la consultation s'est présentée à nous une jeune fille se plaignant de douleurs au niveau du gros orteil droit, douleurs prononcées surtout après la marche et pour lesquelles elle venait nous demander la guérison.

En examinant de plus près la région malade, nous remarquons que l'ongle du gros orteil est un peu saillant ; son extrémité libre se redresse et tend à se relever en haut. Cette déformation est due à la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une lentille, située sur la face dorsale de la première phalange vers son extrémité antérieure. Dure, de consistance osseuse, cette tumeur est en effet déve-

loppée aux dépens de la phalange, et sa position constante sous la face profonde de l'ongle lui a fait donner le nom d'exostose sous-unguéale.

Je vais profiter de cette occasion pour vous parler un peu de la nature et du traitement de cette affection.

L'exostose sous-unguéale a été décrite pour la première fois par André à la fin du siècle dernier. Dupuytren en a complété la description.

On la considérait alors comme une exostose ordinaire analogue à toutes les exostoses de croissance.

Depuis, on en a fait du psoriasis sous-unguéal. J'ai eu plusieurs fois occasion d'examiner et de traiter de ces exostoses; toujours je les ai vues siéger sous l'ongle du gros orteil, plus près du bord que de la racine.

Quand l'affection a acquis son entier développement, elle se présente sous forme d'une tumeur arrondie, adhérente à la face supérieure de la phalange. A la coupe elle paraît composée de deux parties : l'une superficielle constituée par un tissu fibreux, feutré, offrant des stries perpendiculaires à sa surface, se continuant à sa périphérie avec le derme des parties voisines; l'autre profonde, de nature osseuse, présentant des crêtes qui s'enfoncent dans l'épaisseur de la couche précédente et qui relient ainsi les deux couches l'une à l'autre. Cette portion osseuse repose sur la phalange avec laquelle elle se continue sans ligne de démarcation et est composée comme elle d... spongieux au centre. Entre les deux couches osseuse et fibreuse se trouvent parfois quelques éléments de tissu cartilagineux.

Les stries qu'on remarque dans la couche fibreuse sont dues à l'hypertrophie des papilles du derme, qui est le fait fondamental et primitif de la lésion.

En effet, si on examine l'affection au début, on remarque que la tumeur n'est constituée que par un amas de papilles hypertrophiées soulevant légèrement l'ongle.

En rapprochant ces faits, je suis arrivé à définir ainsi la nature de l'affection qui nous occupe : l'exostose sous-unguéale n'est qu'une verrue avec hypertrophie de l'os sous-jacent, comme nous le voyons pour les vulgaires oignons.

Le développement de la tumeur se comprend très bien de cette façon. Au début, simple hypertrophie papillaire (verrue); puis, par suite des frottements continuels auxquels elle est soumise par le fait de la marche, des pressions de la chaussure sur l'ongle, elle est irritée, et cette irritation se transmet au périoste et à l'os sous-jacent, d'où production d'exostose.

Mais on peut se demander pourquoi l'exostose sous-unguéale ne s'observe guère qu'au gros orteil. D'abord il est à remarquer que

siège le plus fréquent des verrues du pied est le gros orteil. Mais sur la plus grande partie de celui-ci, sur sa face plantaire, par exemple, la verrue est séparée du squelette par une épaisseur de parties molles trop considérable pour pouvoir irriter les os ; tandis que sous l'ongle, pressée entre celui-ci et la phalange, elle ne peut se soustraire à aucune des causes d'irritation qui agissent sur l'un ou sur l'autre, et comme elle se trouve immédiatement en contact avec l'os qui, en ce point, n'est recouvert que par le derme sous-unguéal, l'irritation se transmet plus facilement jusqu'à lui.

D'ailleurs les os du pied ont une prédisposition spéciale aux exostoses, ce qui est dû aux excitations continuelles auxquelles ils sont soumis ; et, de tous les orteils, c'est le premier qui, par sa situation, est le plus fatigué par les chaussures.

Il n'y a qu'à examiner les phalanges des jeunes sujets et celles des adultes pour voir ce que la chaussure et la marche amènent de modifications aux extrémités des phalanges.

La verrue sous-unguéale peut évoluer comme toutes les verrues ; elle peut guérir spontanément, mais c'est le fait le plus rare. Ordinairement elle continue à croître et donne lieu à l'exostose. D'abord les malades n'éprouvent de la douleur que pendant la marche, et au repos l'affection est indolente. A une période plus avancée, l'ongle se déforme ; au niveau de sa racine la peau s'enflamme, s'ulcère ; les douleurs deviennent plus vives, et le malade se voit obligé de recourir au chirurgien.

Un certain nombre de moyens de traitement ont été dirigés contre cette maladie.

Au début elle était exclusivement traitée par les pédicures, qui se contentaient de gratter l'ongle, comme ils le font encore pour l'ongle incarné.

Dupuytren proposa d'enlever la phalange en entier.

Blandin réséquait simplement l'exostose. Gerdy enlevait seulement la moitié de l'ongle correspondant à l'exostose sans toucher à la tumeur.

L'opération la plus raisonnable, celle qui donne les meilleurs résultats, consiste à couper la partie antérieure de l'ongle, puis avec une rugine à enlever d'un seul coup l'exostose.

Je l'ai déjà pratiquée deux fois. Dans le premier cas, l'opération a dû être renouvelée une seconde fois ; dans le second, la malade a guéri complètement après une seule opération.

Sur un cas d'insolation.

Par M. Liandier,
Interne des hôpitaux.

(Communication à la Société clinique, le 9 mars 1882.)

Le nommé B... (G.), âgé de 58 ans, journalier, entré le 4 juillet 18.. à l'hôpital Necker, salle Saint-Ferdinand, n° 21, service de M. B... chez.

Le père de ce malade est mort à 75 ans ; sa mère est morte alcoolique à l'âge de 30 ans ; lui-même ne présente aucun signe d'alcoolisme, et affirme être sobre.

Maladies antérieures : fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans ; en 18.. eczéma du cuir chevelu, qui dura trois mois, et qui reparaîtrait ... souvent.

Le lundi 4 juillet, le sujet, qui se trouvait dans un état de santé excellent, travaillait à trier des pavés. Le tronc n'était couvert que d'une chemise, dont les manches étaient retroussées, et la posture du malade, qui travaillait le corps fortement penché en avant, exposait le dos au soleil très ardent ce jour-là. B... nous a assuré qu... l'été, lorsqu'il s'était livré un certain nombre de jours à ce travail, sa chemise était devenue très facile à déchirer. Elle tombe en charpie, nous dit-il.

Il avait travaillé ainsi pendant quatre heures de suite, lorsqu'il éprouva aux mains une très vive sensation de cuisson et de démangeaison. Il les regarda, et s'aperçut qu'elles étaient enflées. Un pharmacien, consulté, lui conseilla un bain tiède. Le malade, après l'avoir pris, voyant que la tuméfaction des mains avait augmenté, et que ... visage commençait à enfler aussi, se rendit immédiatement à l'hôpital.

A l'entrée, le malade nous semble, au premier coup d'œil, être atteint d'érysipèle de la face. Le visage, surtout au niveau des paupières, est rouge, tuméfié, très œdémateux. Des vergetures blanc... partent de l'angle externe des yeux qui peuvent à peine s'ouvrir, ... s'irradient sur les tempes. Mais les doigts, les mains et les avant-bras présentent une rougeur et un œdème très considérable. P... d'albuminurie, ni de glycosurie ; rien au cœur, rien aux poumons. ... malade est inondé d'une sueur froide. Il répond assez bien aux questions, et l'intelligence nous aurait paru intacte, si le malade, quelques instants après notre départ, n'eût essayé de se suicider ... pendant à la corde de son lit, tentative qu'il expliquait par les v... douleurs qu'il ressentait.

Le lendemain, 5 juillet, l'état est à peu près le même. Des phlyctènes ont apparu sur les poignets ; les avant-bras présentent quelques petites ecchymoses. On soupçonne un érythème solaire, et ...

minant le dos, dont le malade ne se plaignait pas, mais qui, d'après son récit, avait été une des parties les plus exposées à la chaleur, on reconnaît qu'il est rouge et œdématié dans toute sa largeur, et verticalement de l'épine de l'omoplate à la ceinture. Le moignon de l'épaule gauche présente des ecchymoses. Joues, nez, front, paupières et oreilles rouges et gonflées ; yeux demi-clos.

Traitement. — Sinapismes aux jambes ; eau de sureau sur les parties malades ; régime lacté ; le soir, l'œdème commence à diminuer. Température axillaire, 37,4.

Le 6. Les phlyctènes des poignets sont devenues très grosses, et contiennent une sérosité sanguinolente ; de nombreuses ecchymoses, larges et d'un rouge violacé, marbrent les poignets, le dos des mains, le cou et la face où elles occupent surtout le pourtour du nez et des yeux. On en trouve aussi sur les épaules.

Le 7. L'état général est satisfaisant ; les yeux sont bien ouverts, mais les ecchymoses ont encore augmenté.

Le 10. L'œdème est énormément diminué ; mais toute la face dorsale des mains est noire, par suite de la confluence des ecchymoses. Celles-ci ont diminué à la face, mais le dos est couvert ; sur l'omoplate gauche, la peau présente une teinte grisâtre, comme si elle avait subi une escharification superficielle ; bon état général.

Le 11. Nombreuses phlyctènes sur la face ; celles des mains commencent à se dessécher. Depuis le début de la maladie, il existe une grande faiblesse, et une raideur remarquable des doigts et des mains que le malade peut à peine fléchir.

Le 12. Les phlyctènes du visage se dessèchent ; celles des mains sont à peu près vides.

Le 14. Les phlyctènes ont fait place sur le visage à des croûtes brunes et épaisses. Les mains, toujours noires, sont sèches et ridées. Leurs phlyctènes sont excoriées. Urine, 1 litre 23 centilitres ; urée, 14 gr. 07 par litre.

Le 15. L'urine contient, par litre, 11 gr. 29 d'urée. Sang normal au microscope.

Le 18. Les mains sont complètement dépouillées de leur épiderme à la face dorsale. On les panse à la ouate. Le gonflement du dos a en grande partie disparu. Sur l'épaule droite, de très minces eschares commencent à se détacher.

A ce moment, nous avons perdu de vue le malade qui, du reste, est sorti guéri quelques jours plus tard.

Nous croyons avoir eu affaire dans ce cas à un érythème solaire, très intense. A la vérité, cette affection arrive rarement dans nos climats à un pareil degré ; cependant on a vu la chaleur solaire produire des érysipèles, des phlegmons, et même, rapporte Dupuytren, des points de gangrène, chez des malades qui, à la vérité, avaient été

surpris dans leur sommeil par un soleil ardent. Ici notre malade ne dormait pas, mais il n'en était pas moins resté exposé plusieurs heures à la chaleur. Du reste, cet homme était parfaitement portant jusqu'alors ; il était, il est vrai, sujet à de fréquents retours d'un ancien eczéma, et la disposition de la peau à s'enflammer a peut-être eu une certaine influence sur la production des lésions cutanées. En outre, la rapidité des accidents, leur rapide amélioration, sont des circonstances très favorables à l'idée d'une lésion purement mécanique dans ses causes. Enfin la localisation des lésions aux parties exposées à la chaleur est encore bien remarquable. Le dos, directement exposé aux rayons solaires, était couvert d'une chemise qui a pu amortir leur action. La face, au contraire, les mains et les avant-bras étaient nus ; en revanche, ces parties ne recevaient pas directement les rayons caloriques ; ceux-ci ne venaient les atteindre qu'après leur reverbération sur le sol, vers lequel, ne l'oublions pas, le malade était fortement courbé. Plusieurs auteurs ont déjà signalé les effets nuisibles de cette reverbération, surtout dans la pathogénie de certaines affections oculaires. Il est vrai qu'il s'agit alors surtout d'une réflexion de la lumière.

Les accidents généraux ont été peu graves ; peut-être l'abondante sueur dont le malade était couvert, a-t-elle, en refroidissant le corps, contribué à prévenir des troubles et des lésions graves. Il y a plus d'un an, à la Société médicale des hôpitaux, M. Zuber insistait sur les différences que présente dans sa gravité le coup de chaleur (auquel, dit-il, le coup de soleil est identique) suivant que le malade transpirait abondamment ou ne transpirait pas, et M. Labbé ajoutait avoir appris d'un de ses malades qu'aux Indes, les médecins des troupes anglaises renvoyaient en Europe tout soldat qui ne suait pas, cette absence de transpiration étant ordinairement le prélude de troubles digestifs graves.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 mai 1882. — Présidence de M. Gavarret.

M. Parrot, à propos du procès-verbal de la dernière séance, désire revenir sur quelques points du discours de M. Marjolin. Après avoir cité la statistique de l'hospice des Enfants-Assistés depuis 26 mois, il rappelle les nombreuses améliorations qui ont été apportées dans ce service ; il parle de la nourricerie qui donne des résultats excellents, de l'isolement des malades atteints de diphthérie, de scarlatine et de rougeole. Les malades atteints de coqueluche ne sont pas encore isolés, il est vrai, mais il est à espérer que cette mesure sera bientôt accomplie.

J'ai demandé en outre, dit-il, qu'il y eût des salles et des jardins pour les convalescents.

Voilà ce qui a été fait et ce que j'ai demandé. Il était nécessaire de faire connaître ces améliorations en présence de la terreur de la contagion qui des médecins a gagné le grand public.

Un autre point m'a plus vivement touché, ce sont les objections que l'on a faites à l'admission dans l'hospice d'enfants reçus à la consultation. En recevant ces petits malades, j'ai eu deux buts : rendre service à des parents nécessiteux, et, en second lieu, faire entrer à l'hospice quelques maladies que nous ne pouvons observer que de cette manière. Les craintes que l'on a formulées n'ont aucun fondement. Depuis que la clinique a été ouverte, il y a 26 mois, il est entré par cette voie 235 enfants, parmi lesquels 10 seulement atteints de maladies contagieuses, dont six rougeoles, une variole, une scarlatine et deux diphthéries ; tandis que pendant le même laps de temps, il est entré par le dépôt 2,805 enfants, parmi lesquels 1,376 atteints de maladies contagieuses, et 1,429 atteints de maladies non contagieuses. Assurément ce petit chiffre de dix maladies contagieuses entrées par la consultation se noie profondément dans cet immense chiffre de 1,376 maladies contagieuses entrées par le dépôt.

M. Marjolin. J'ai demandé que l'histoire des malades fût complétée et qu'elle contînt les diverses particularités de leur séjour au dépôt, pour montrer les améliorations qui ont pu survenir d'autre part dans leur état.

Je suis revenu sur cette vieille histoire de l'ophthalmie purulente pour remercier M. Guéniot qui a fait supprimer le baquet, principale source de cette ophthalmie.

Loin de m'élever contre l'admission des enfants au-dessous de deux ans, je suis heureux que M. Parrot puisse en recevoir un certain nombre ; car il est honteux que dans une ville comme Paris, qui consacre des sommes énormes à des embellissements parfaitement inutiles, il est honteux que l'on refuse l'entrée de l'hôpital à des enfants atteints d'affections graves et nécessitant des soins urgents.

Avec la facilité de communication que donnent actuellement les omnibus et les tramways, il serait désirable que l'on transportât le dépôt à une demi-heure des fortifications.

Sur un kyste fœtal provenant d'une grossesse extra-utérine abdominale datant de 5 ans. Opération au 7e mois d'une grossesse nouvelle utérine. Guérison. Présentation de la malade et des pièces anatomiques. — *M. Caraman* lit une communication suffisamment résumée par le titre précédent. (Comm.: M. Depaul, De Villiers, Guéniot.)

Eaux minérales. — *M. Gautier*, au nom de la commission des eaux minérales, lit sur quelques demandes en autorisation d'exploi-

tation de sources d'eaux minérales un rapport dont les conclusions sont adoptées.

Les microzymas. — M. *Béchamp* désire répondre aux objections qui lui ont été faites dans l'une des dernières séances par MM Colin et Gautier. M. Béchamp développe cette idée que le microzyma est le commencement et la fin de tout; tout dans le monde n'est que microzyma. Le grand prêtre de la physiologie allemande, Wirchow, a montré que tout pouvait se réduire à la cellule ; or la cellule est éminemment variable, c'est pourquoi on a remplacé cette théorie par deux autres, la théorie de M. Ch. Robin, celle des blastèmes, et la théorie allemande ou des protoplasmas.

Une question paraît aujourd'hui jugée, c'est qu'il n'y a pas de génération spontanée. Il faut démontrer que le microzyma est organisé. M. Béchamp s'arrête un instant pour dire qu'il cherche à se comprendre lui-même, et sur l'invitation du président abrège beaucoup sa communication, l'Académie devant se former en comité secret.

A 5 heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Le Fort sur les candidats au titre de membre correspondant national.

BIBLIOGRAPHIE

A propos du railway transsaharien, par *M. Ch.-J. Masse*, médecin principal de première classe, in-8°, 73 p. Paris, Calmann-Lévy, 1881.

M. Masse a longtemps fait partie de notre armée d'Afrique, il connaît parfaitement l'Algérie, son climat, ses maladies, l'hygiène des individus qui l'habitent, et cet ouvrage est le fruit de ses longues observations.

Après quelques pages rapides consacrées à la description du pays dont il parle, à ses habitants, M. Masse recherche les conditions à remplir par les ouvriers qui doivent construire le chemin de fer destiné à relier nos possessions d'Algérie à celles du Sénégal. Il indique les pays dans lesquels on devra choisir ces hommes, l'époque de l'année pendant laquelle il sera préférable de leur faire faire le voyage pour ménager les inconvénients d'un changement brusque de climat; il montre également quelles sont les conditions hygiéniques dans lesquelles doit se faire la traversée.

Arrivé en Algérie, le Français est exposé à une foule de petits inconvénients que M. Masse décrit en homme qui les a maintes fois éprouvés. Pour la nourriture, les vêtements, les heures de sommeil, le genre de vie, l'Européen doit prendre exemple sur l'indigène.

L'ouvrier quitte Alger pour s'avancer vers le lieu des travaux;

il sera exposé à des inconvénients de bien autre sorte ; la nourriture, la boisson font l'objet des préoccupations de l'auteur et il met en garde l'Européen contre ces sources vives et paraissant très pures qui, cependant, contiennent des sangsues très fines et très petites, que l'on avale et qui peuvent provoquer des accidents assez intenses, lorsqu'on n'a pas soin de filtrer les eaux.

En outre des sangsues, les eaux renferment parfois un ennemi non moins redoutable : le tænia, si commun, surtout au Sénégal où la plupart des indigènes en seraient atteints comme en Abyssinie.

Notre voyageur campe sous la tente, lorsqu'il lui est possible de ixer les piquets d'une tente. Ici encore la lutte pour l'existence va se poursuivre avec acharnement. Il aura à lutter contre les pluies qui l'inondent et contre une multitude d'animaux de toute taille, lont il nous fait une énumération peu séduisante : les fourmis, la scolopendre, le scorpion, le caméléon, le lézard, la couleuvre, les serpents, et pour ceux qui aiment les émotions vives : le chacal, 'hyène, le lion, la panthère. Dans cette énumération nous aurions tort l'oublier l'indigène lui-même, qui n'est pas le moins terrible de ces ennemis.

S'il peut se mettre à l'abri des habitants, il reste au voyageur à utter contre le sol lui-même, et la malaria fait à elle seule plus de victimes que toutes les autres causes. Après la malaria, viennent les vents du désert et, en particulier, le sirocco. Peut-être existe-t-il un moyen, sinon de faire disparaître ces vents, au moins d'en attéuer le caractère nuisible : c'est de féconder le Sahara par la culture ; mais ce desideratum se réalisera difficilement dans la pratique, et, 'autre part, n'est-il pas à craindre que le sol remué et rendu fécond e devienne la source de nouvelles émanations paludéennes ?

Si, au prix de tant d'efforts et de tant de dangers, on parvient enfin réaliser le projet mis à l'étude, c'est-à-dire la construction d'un hemin de fer allant du Sénégal au Soudan pour se raccorder avec elui qui viendra du nord de l'Afrique, qu'en adviendra-t-il ? M. Masse ntrevoit déjà les plus tristes résultats. Ce sera pour lui un moyen xcellent de faire pénétrer rapidement la fièvre jaune du Sénégal au ord de l'Algérie et de là sur le continent européen. L'auteur ne élève pas contre la construction d'un chemin de fer du Sénégal au oudan, ni contre celle d'un chemin de fer du Soudan à l'Algérie, ais il repousse la pensée de la jonction des deux lignes, et il rejette urtout l'établissement en une localité du Soudan d'une gare centrale ervant de tête de ligne commune aux deux chemins. La période incubation de la fièvre jaune est de trois à cinq jours ; le voyageur énégalais en temps d'épidémie ne devrait donc pouvoir se diriger ur l'Afrique septentrionale, qu'après cinq jours révolus depuis son épart de son lieu d'origine.

La solution la meilleure, dit en terminant M. Masse, paraît consister dans la construction de deux lignes destinées à se raccorder un jour, mais ayant chacune, dans les premières années, leurs têtes de ligne assez distantes l'une de l'autre pour que tout transbordement direct soit impossible de l'une à l'autre. Il y aura là une lacune dont le commerce se plaindra, mais qui ne devra disparaître que lorsqu'une période de temps assez longue se sera écoulée sans apparition de fièvre jaune et que l'on aura acquis la certitude de sa disparition complète des lieux où elle est actuellement endémique. Si cependant, malgré ces dangers, on raccordait immédiatement ces deux lignes, il faudrait créer à la jonction de ces lignes un service sanitaire ayant pour mission d'examiner toutes les provenances du Sénégal, d'isoler, de soigner les malades atteints de fièvre jaune et d'interrompre au besoin toute communication avec le Sénégal dès l'apparition d'une épidémie. A. CH.

NOUVELLES

HÔTEL-DIEU. — M. le professeur Léon Le Fort commencera ses conférences cliniques le mercredi 10 mai, à 9 heures.

Le mercredi, leçon à l'amphithéâtre et opérations.

Les lundis et vendredis, exercices cliniques dans les salles.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Par décret, en date du 23 avril 1882, a été promu dans le corps des officiers de santé militaires :

Au grade de médecin inspecteur général (emploi créé) : M. Legouest (Venand-Antoine-Léon), médecin inspecteur, président du conseil de santé des armées.

— Par décret, en date du 26 avril 1882, ont été promus dans le corps des officiers de santé militaires :

Au grade de médecin inspecteur : MM. Daya et Baudouin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. DOIN, *place de l'Odéon*, 8.

De la méthode graphique dans le diagnostic des lésions organiques du cœur gauche, par le Dr LABATUT. 1 vol. in-8, avec 7 planches. 3 fr.

De l'épithélium calcifié des glandes sébacées, par le Dr CHENANTAIS, ancien interne des hôpitaux de Nantes. 1 vol. in-8 de 102 pages, avec 4 planches chromolithographiques. 4 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, 19, *rue Hautefeuille*.

Hyères, ancien et moderne. Promenades scientifiques et littéraires sur son territoire, ses environs et ses îles, par M. A. DENIS, ancien député du Var, maire de la ville d'Hyères. Hyères, 1882. 1 vol. in-8 de 672 pages, avec une vue et un plan de la ville. 4e édition, très augmentée et entièrement refondue, par le Dr R. CHASSINAT, médecin à Hyères. 7 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc^r Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince.

r-Neuvième année — Tome I. N° 53 Samedi 6 Mai 1882

LA

RANCE MÉDICALE

reaux
'abonne chez
E et E. Lecrosnier.
Place
le-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
r de clinique chirurgicale,
de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale,
Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
ur agrégé à la Faculté,
rgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

r ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
rages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
nces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

Année. — Tome I. — Nº 53. Samedi 6 Mai 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

REVUE CRITIQUE

Phthisie pulmonaire,

Par M. le docteur Du Castel,
Médecin du bureau central.

ne peut entrer dans notre esprit de reprendre dans tous ses dé- l'histoire de la tuberculose ; le peu d'espace dont nous pouvons oser doit forcément imposer à cette revue des limites plus tes ; ce serait du reste un travail inutile que celui qui consisterait cuter à nouveau toute une série de recherches que les leçons de maîtres MM. Hérard et Cornil, Jaccoud, Empis, Bouchard, Vil- ı ont rendues classiques. Tout au plus pourrons-nous effleurer lement les différents points de vue mis en relief par les travaux és dans ces dix dernières années et dont les thèses de mes sa- s amis Grancher et Thaon ont ouvert la série. Mais avant d'abor- cette étude, il me paraît nécessaire de rappeler exactement le t de départ de la discussion, c'est-à-dire l'opinion de Laënnec. ur Laënnec, « la tuberculose est due à l'agglomération ou à l'in- tion au milieu des tissus d'une production accidentelle, la ma- tuberculeuse. Dans le poumon comme dans les autres organes, tière *tuberculeuse* peut se présenter sous deux formes princi- , celles de *corps isolés* ou d'*infiltrations*, chacune de ces formes ntant plusieurs variétés, qui tiennent principalement à leurs s degrés de développement.

es *tubercules isolés* présentent quatre variétés : tubercules mi- s, tubercules crus, granulations tuberculeuses, tubercules en- s. L'*infiltration tuberculeuse* présente également trois variétés : ation tuberculeuse informe, infiltration tuberculeuse grise, ation tuberculeuse jaune.

uelle que soit la forme sous laquelle se développe la matière tu- leuse, elle présente dès l'origine l'aspect d'une matière grise et transparente, qui peu à peu devient jaune, opaque et très . Elle se ramollit ensuite, acquiert peu à peu une liquidité ue égale à celle du pus et, expulsée par les bronches, laisse à ce des cavités connues vulgairement sous le nom d'ulcères du on, et que nous désignerons sous le nom d'excavations tubercu- s..... »

es *infiltrations* constituent des masses irrégulières, anguleuses, 'ont jamais la forme à peu près arrondie des tubercules ordi-

naires. Elles paraissent être le résultat d'une infiltration de ma-tière tuberculeuse dans le tissu pulmonaire, tandis que les tuber... arrondis sont des corps étrangers, qui repoussent et refoule... tissu du poumon dans tous les sens plutôt qu'ils ne le pénètrent. Aussi, lorsqu'elles arrivent à la surface du poumon, les infiltr... n'y font point saillie et n'en altèrent nullement la forme.

« Les masses tuberculeuses crues, dont le volume dépass... d'une amande, sont ordinairement le produit de l'agrégation d... sieurs tubercules ou de l'infiltration tuberculeuse. »

Ainsi, d'après Laënnec, la matière tuberculeuse, tout en ... une, peut présenter deux modes de développement distincts: ... elle écarte, refoule les éléments des tissus et arrive à former ... eux de petites agglomérations, de véritables tumeurs, le tub... type ; tantôt, au contraire, elle s'infiltre simplement, elle diffus... ainsi dire entre les éléments sans modifier sensiblement la form... organes, sans arriver à constituer de véritables tumeurs ; ce d... processus, l'infiltration, est celui qui ordinairement donne nais... aux masses volumineuses ; mais, dans l'un comme dans l'autr... c'est toujours le même produit spécial, la matière tubercule... ses deux périodes d'évolution grise et jaune, qui est l'origine ... tération des organes.

Voici du reste la description de la forme la plus commune de l... ration tuberculeuse, du tubercule miliaire.

« L'aspect du tubercule miliaire est celui d'un petit grain g... demi-transparent, quelquefois même presque diaphane et i... d'une consistance un peu moindre que celle des cartilages ; le... seur varie depuis celle d'un grain de millet jusqu'à celle d'un ... de chènevis ; leur forme, obronde au premier coup d'œil, est ... régulière quand on les examine de près et à la loupe ; qu... même ils paraissent un peu anguleux : ils sont intimement a... au tissu pulmonaire et on ne peut les en détacher sans en ar... des lambeaux. Ces grains grossissent par intussusception et s... nissent ainsi par groupes. Avant que cette réunion arrive, ... point d'un blanc jaunâtre et opaque se développe au centre ... que tubercule, et, gagnant du centre à la circonférence, en... totalité du tubercule à mesure qu'il grossit. Fort souvent ce... bissement total n'a lieu qu'assez longtemps après l'époque à l... les tubercules les plus voisins se sont réunis en groupe, et ... tinuité de substance : en incisant alors un de ces groupes, on ... gue très bien les petits points jaunâtres indicateurs des c... chaque tubercule isolé et la zone de matière grise non enc... vahie qui les entoure. Au bout d'un certain temps, l'envahi... de la matière jaune devient complet, et le groupe tout ... forme plus qu'une masse homogène d'un jaune blanchâtr...

ture un peu moins ferme et plus humide que celle des cartilages ;
le nomme alors tubercule jaune cru ou simplement tubercule cru.
sque les tubercules miliaires sont un peu éloignés les uns des
es, chacun d'eux arrive souvent à l'état de tubercule jaune cru
s se réunir aux autres et avant qu'il ait acquis plus de volume
n grain de millet. »

est intéressant de voir avec quelle netteté Laënnec décrit les
rences macroscopiques qui distinguent la granulation tubercu-
e, granulation de Bayle, du tubercule miliaire, et sur quels argu-
ts il s'appuie pour confondre leur histoire.

Cette variété rare des tubercules a été décrite pour la première
par Bayle, qui a été trop frappé peut-être par les caractères très
nts, il est vrai, qu'elle présente et qui lui ont fait croire qu'elle
ituait une production accidentelle étrangère aux tubercules. Les
lations miliaires ont à peu près la grosseur d'un grain de
; leur forme est exactement arrondie ou ovoïde ; elles diffè-
n outre des tubercules ordinaires par l'uniformité de leur vo-
et leur transparence incolore. Elles sont ordinairement dissé-
s en quantité innombrable dans l'étendue d'un poumon tout à
in d'ailleurs, ou d'une grande partie de cet organe, sans qu'on
uve pourtant plusieurs réunies en un groupe. Quelquefois cepen-
lles forment, par leur multitude dans certains points et leur
chement, des masses ou noyaux fermes. Lorsqu'on incise ces
, on distingue chacune de ces granulations isolées et séparées
tres par un tissu cellulaire tout à fait sain ou légèrement infil-
sérosité.....

e s'est évidemment trompé en regardant ces granulations
une espèce de production accidentelle différente des tuber-
t surtout en les considérant comme des cartilages acciden-
. En les examinant avec attention on peut se convaincre que
nulations se transforment en tubercules jaunes opaques. Lors
qu'elles sont le plus diaphanes et tout à fait incolores, quel-
es présentent une légère teinte grisâtre, qui ne permet plus
listinguer des tubercules miliaires ordinaires, ou un reflet
En incisant ces dernières, on trouve au centre un point
opaque, indice non équivoque du commencement de leur
mation en tubercules jaunes crus.

toutes les différences d'aspect qui séparent la granulation tu-
se du tubercule miliaire, dissémination beaucoup plus grande,
de tendance à l'agglomération, petitesse de volume, consis-
transparence particulières, différences que Laënnec décrit
de maître et qui avaient paru à Bayle suffisantes pour y voir
ion anatomique de deux affections distinctes, ces différences
toute importance en présence de ce fait que quelques-unes

laissent voir un point central jaune et opaque, indice non équiv
pour l'auteur du Traité de l'auscultation, de leur transformation
bercule jaune cru. Les granulations dites tuberculeuses prése
dans leur évolution les périodes grise et jaune de la matière t
culeuse; il est dès lors inutile, malgré leurs caractères spécia
les distinguer des tubercules miliaires ordinaires.

Les discussions qui suivirent la publication du Traité de l'a
tation eurent plutôt pour but de déterminer la nature du tub
que d'en discuter l'unité ; les premières recherches histolo
même ne portèrent aucune atteinte à la doctrine de l'unité : la
lule tuberculeuse de Lebert ne devait qu'en confirmer la ju
Il faut arriver aux travaux de Reinhardt, Virchow, Niemeyer p
voir attaquer. Les auteurs allemands, ayant avec Virchow a
pour définition du tubercule la description de la granulation t
culeuse ou granulation grise de Bayle, furent fatalement am
rejeter de la tuberculose les processus caséeux (tubercules mi
infiltration tuberculeuse) dont les lésions sont loin d'être abso
identiques : de là naquit la séparation radicale des processus c
de la phthisie commune et des processus de la tuberculose all
ou granulie. Le principe de ne considérer comme tuberculeux
malades porteurs de granulations grises conduisit les méd
d'outre-Rhin à considérer la tuberculose comme une *maladie*
et à publier des statistiques comme celle de Slavjanski, qui s
phthisiques ne rencontre que 16 tuberculeux, statistique cho
première vue pour nos idées françaises, mais facile à compre
la part d'un auteur qui ne veut admettre comme faits de
lose que ceux où il rencontre la granulation grise, lésion r
ment rare, comme l'avait reconnu Laënnec lui-même.

M. Empis, en écrivant son Traité de la granulie, ne fit qu
la même distinction des processus caséeux et de la granulation
mais il intervertit la terminologie allemande et resta plus
des définitions de Laënnec en continuant à désigner sous le
tubercules les processus caséeux et en donnant le nom de
à l'éruption de granulations tuberculeuses : cet auteur sembl
dant avoir quelquefois confondu la description anatomique d
cule miliaire avec celle de la granulation grise dans son
auquel nous resterons toujours redevables de descriptions
magistrales.

Malgré l'autorité de ses défenseurs, la doctrine de la dua
l'une ou l'autre de ses formes, ne put prendre racine en Fr
l'on ne put se décider à considérer la phthisie et la granul
deux maladies distinctes, mais seulement comme deux form
même maladie. (*A suiv*

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Du sens des couleurs et du sens de la température dans leurs apports avec l'achromatopsie. — D'après une analyse du *London edical Record* (15 avril 1882), Preyer combat la théorie de Young elmholtz sans toutefois accepter celle de Hering. La cécité pour le uge et pour le vert, dit-il, est incompatible avec l'hypothèse de oung, et de même les faits d'achromatopsie unilatérale sont en conadiction avec elle. La théorie de Maxwell, qui fait du bleu au lieu violet la troisième couleur primitive, ne saurait non plus expliquer chromatopsie unilatérale.

La théorie de Hering donne l'explication de la plupart des phénoènes, mais elle est en défaut sur un point. Ses définitions de la rté et de la saturation conduisent à une série de contradictions. sens de la lumière et des couleurs ne saurait d'ailleurs être consiré indépendamment de tout autre. Dans le gris moyen qui, d'après ring, est composé de noir et de blanc, on ne trouve pas ces cours.

La perception du noir est la sensation du repos de la rétine; ce st pas le résultat d'une excitation directe de la rétine comme le s, le blanc, et les autres couleurs.

D'après Preyer, la perception des couleurs n'a que deux dimenns en quelque sorte : elle peut varier en intensité et en qualité. La s ou moins grande intensité ou la clarté de la sensation dépend ement de la force de l'excitation; sa qualité dépend de la frénce des vibrations provoquées par la cause excitante. Le blanc, ris, le noir ne diffèrent que par l'intensité; tandis que le rouge, aune, le vert et le bleu diffèrent par la qualité.

haque sensation colorée résulte de la mise en jeu de la réceptivité a sensation lumineuse, de la qualité et de l'intensité de la sensa- produite normalement par l'excitation des terminaisons nerses de la rétine, au moyen de rayons lumineux d'une certaine lonur d'oscillations. Les rayons ayant une longueur d'oscillations grande que la 546 millionnième partie d'un millimètre produisent nsation d'une couleur chaude, comme le brun, le rouge, le jaune câtre, le jaune, le gris jaunâtre; les rayons d'une longueur illations beaucoup plus courte que le chiffre ci-dessus donnent nsation d'une couleur froide, comme le gris bleu, le gris, le bleu, eu rougeâtre.

spectre, par conséquent, se partage en une moitié chaude et une ié froide. Entre les deux moitiés existent les rayons d'une longueur nne, aux environs du nombre 546 qui correspond à un point e pour la température colorée. Cette raie est la plus brillante ectre, et lorsqu'on augmente l'éclairage on la rend facilement

blanche. Il y a deux moyens de transition entre les couleurs chaud
et les couleurs froides. L'un c'est du rouge au bleu à travers le jau
point d'équilibre, et le vert; l'autre c'est du rouge au bleu dire
ment à travers le pourpre et le violet.

Les sensations colorées froides ou chaudes ont un caractère es
tiellement différent. Le rouge et le jaune sont plus près l'un de l'a
tre que le rouge et le gris; le bleu et le gris de même sont plus p
l'un de l'autre que le bleu et le jaune. La sensation des couleurs a
tagonistes voisines est complètement différente de celle des coul
adjacentes froides ou chaudes.

D'après Preyer, le sens des couleurs provient du sens de la temp
rature ; c'est une sensibilité à la température dont l'exercice est
délicat et se borne à une terminaison nerveuse éminemment impr
sionnable, la rétine. La série des sensations colorées est analogue
série des températures. Ces dernières résultent de la sensation de
tact, les premières de la sensation de clarté. L'achromatopsie
produite par un déplacement du point neutre pour la températur
lorée et correspond à cette imperfection du sens de la tempéra
qui se montre lorsqu'une surface considérable de la peau est
tenue constamment chaude ou froide. L'achromatopsie complète
respond à la perte de la sensibilité à la température, avec co
vation de la sensibilité tactile. A. Ch.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 *mai* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne. — A l'occasion du
cès-verbal, M. Desprès revient sur la discussion de la dernière sé
Il a recherché dans les bulletins de la Société anatomique deux
servations qui lui paraissent peu heureuses pour les résulta
l'opération. Dans le premier cas, il s'agit d'une laryngotomie, p
quée par M. Gosselin, pour un épithélioma du larynx. Le malad
mort au huitième jour ; à l'autopsie, on a trouvé le cartilage cric
fracturé en plusieurs endroits. C'était un homme de 57 ans.

La seconde observation est de M. Verneuil lui-même. L'opé
de Vicq-d'Azir n'a pas été suffisante : il a fallu inciser deux an
de la trachée. L'autopsie a démontré l'existence d'ulcérations d
trachée et d'une petite ulcération du tronc brachio-céph
artériel.

M. Després s'en tient aux conclusions de la thèse, déjà anci
de Millard. La trachéotomie est une opération facile qui, entr
mains des chirurgiens et des internes, donne tous les jours de

résultats. Il proteste donc très énergiquement contre une méthode dont les résultats lui paraissent, dans certains cas, peu favorables.

M. Verneuil a cité, dans la dernière séance, le cas auquel M. Després fait allusion. Pour le malade de M. Gosselin, l'opération avait été faite *in extremis*, il a succombé huit jours après des suites du cancer du larynx et non pas des conséquences de l'opération. La trachéotomie est, chez l'adulte, une opération souvent très difficile, la laryngotomie intercrico-thyroïdienne est appelée à rendre de très grands services.

M. Farabeuf analyse les observations citées tout à l'heure par M. Després. Elle ne lui paraissent pas concluantes contre l'opération de Vicq-d'Azir. Dans le cas de M. Verneuil, on a employé un procédé de nécessité. Il n'y avait que 3 centimètres entre la fourchette sternale et le bord inférieur du cartilage cricoïde. M. Després lui-même aurait été obligé d'inciser le cartilage cricoïde et la membrane crico-thyroïdienne. Quant à la petite ulcération trouvée sur le tronc brachio-céphalique, elle siégeait sur la face antérieure et ne paraît avoir aucun rapport avec le procédé opératoire employé.

Rapport, par *M. Farabeuf*, sur *un cas de hernie étranglée par brides fibreuses*; kélotomie. (Observation de M. Schwartz.) Il s'agit d'une hernie inguinale étranglée. Pendant le cours de l'opération le chirurgien remarqua que la réduction était impossible, même après l'incision du collet du sac ; il put constater que l'étranglement tenait à des brides fibreuses situées plus profondément. Le débridement de cet anneau fibreux permit la réduction. La guérison fut très rapide. M. Schwartz a trouvé deux faits analogues dans des auteurs, un de ces cas a été publié par Laugier.

M. Farabeuf lit un second rapport sur une observation de M. Reclus intitulé : *Angiome caverneux en communication avec la veine jugulaire.* La tumeur a été prise tout d'abord pour une tumeur aérienne communiquant avec la caisse du tympan ; mais un examen plus approfondi permit de faire le diagnostic d'angiome caverneux. La réductibilité très facile de la tumeur permit de croire à l'existence d'une communication très large avec la veine jugulaire,

M. Després saisit cette occasion pour communiquer à la Société une observation très analogue, restée inédite. Il s'agissait d'une tumeur siégeant sur la partie latérale du cou. On s'était arrêté au diagnostic de kyste, mais l'incision fit reconnaître l'existence de l'angiome. Le malade eut de la phlébite et mourut d'infection purulente. La dissection de cette tumeur montra que l'angiome communiquait avec la jugulaire par une petite veine de 2 à 3 millimètres de longueur.

Fistules ano-vulvaires. — On se rappelle l'intéressante discussion sur les fistules ano-vulvaires. MM. Verneuil et Trélat ont

montré déjà les difficultés que les chirurgiens éprouvaient à guérir cette affection qui, au premier abord, paraît si bénigne.

M. Tillaux, depuis longtemps, avait été frappé par ces difficultés. Dans un cas de ce genre, Dolbeau avait transformé la fistule ano-vulvaire en fistule complète par la section du périnée au moyen de la chaîne de l'écraseur. Mais lorsqu'on voulut faire la périnéorraphie, la fistule se reproduisit. M. Tillaux a suivi cette malade pendant plusieurs années ; il croit que la malade a conservé sa petite fistule.

Sur deux autres malades il a eu, à plusieurs reprises, des insuccès complets. Enfin, il y a huit ans, il a observé une dame qui avait été opérée plusieurs fois en Russie, sans succès. Il fit un large avivement, suivant le procédé préconisé par M. Trélat. Pour faciliter le premier temps de l'opération, il s'était servi d'une pince construite sur le modèle de la pince de Desmarres et qui permet d'attirer au dehors la cloison recto-vaginale et de bien voir le siège de la fistule. Après l'opération, pour éviter le contact des matières et surtout des gaz, le chirurgien a employé le moyen suivant : il fit construire une pince très analogue à la précédente, mais dont les deux extrémités se terminaient par deux anneaux ; un des anneaux fut introduit dans le vagin, l'autre dans le rectum ; celui-ci était garni de baudruche et s'appliquait sur l'orifice postérieur de la fistule. Le résultat a été excellent et la guérison définitive.

M. Tillaux a réussi aussi très facilement, mais dans un cas tout différent. Il s'agissait d'une fistule recto-vulvaire consécutive à un abcès du périnée. Ici une cautérisation avec le galvano-cautère suffit pour amener l'oblitération de la fistule. Le chirurgien de Beaujon insiste sur la différence qui existe entre le genre de fistule et les pertes de substances qui résultent de l'attouchement. Dans ces dernières le périnée est plus ou moins détruit, les bords de la fistule sont fermés par un amas fibreux, dont le bord tranchant n'offre aucune résistance ; il n'y a pas, à proprement parler, de trajet fistuleux.

M. Trélat pense qu'il n'est pas toujours possible de se servir de l'artifice employé par M. Tillaux. Il préfère passer deux ou trois fils du côté de l'orifice rectal et pense obtenir une occlusion temporaire empêchant le contact des gaz.

Quant à la dénomination de fistules ano-vulvaires, elle lui semble erronée, puisque ces fistules siègent au-dessus du triangle périnéal.

M. Verneuil. On pourrait diviser les fistules en trois variétés : 1° les fistules recto-vaginales supérieures, très rares ; 2° les fistules recto-vaginales inférieures qui siègent au sommet du triangle périnéal ; 3° les fistules ano-vulvaires qui siègent encore plus bas, tout près de l'orifice anal, à 6 millimètres de cet orifice dans un cas qu'il a publié.

M. Monod doit opérer une malade présentant une fistule recto-

vulvaire consécutive à un abcès du périnée. L'orifice antérieur est immédiatement rétro-vulvaire, l'orifice postérieur est à 3 centimètres au-dessus de l'anus. Dans ce cas, ne serait-il pas avantageux de faire la section du périnée avec l'écraseur ou mieux avec le bistouri, et de faire immédiatement la périnéorraphie? Ce procédé est approuvé par MM. Verneuil, Trélat et Labbé.

M. Le Dentu. J'ai opéré une malade présentant une fistule recto-vulvaire et une déchirure incomplète du périnée. Le mauvais état général de la malade m'avait fait retarder l'opération. Lorsque je la pratiquai, je fis un évidement très large et très complet, avec excision des parties fibreuses ; je plaçai les fils superficiels et profonds. Malgré ce luxe de précautions, l'opération ne réussit qu'à moitié, il est resté un petit trajet fistuleux. Je crois que, dans quelques cas, il faut tenir compte, en partie, du mauvais état général des malades pour expliquer les insuccès.

ELECTION. — La Société de chirurgie procède à l'élection d'un membre titulaire. M. Marchand, chirurgien des hôpitaux, est élu.

DE LAPERSONNE.

VARIÉTÉS

La propreté dans les hôpitaux.

Si l'on compare ce qui se passe aujourd'hui dans nos hôpitaux avec ce qui se faisait autrefois, il est juste de reconnaître qu'il a été fait de grandes améliorations. Mais le progrès marche trop lentement, il faut stimuler l'administration toujours méfiante, toujours paresseuse. Il faut se rappeler qu'on n'obtiendra des résultats sérieux qu'à la condition de réclamer sans relâche.

A propos de la mort de Cossy, le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* publie les lignes suivantes, que nous nous empressons de reproduire et sur lesquelles nous appelons tout particulièrement l'attention de nos lecteurs :

« M. Cossy est mort d'une diphthérie à forme foudroyante contractée dans le service de M. Parrot, à l'hôpital des Enfants-Assistés. A ce sujet, les journaux et les corps constitués ont dit les mérites du pauvre mort qui succède à ses anciens dans une effroyable série. On écrira son nom sur la fameuse table de marbre, qui dit mort au champ d'honneur, et le livre d'or des martyrs de la médecine sera fermé jusqu'à la première catastrophe qui peut être toute prochaine.

Peut être cela sera-t-il le point de départ d'une nouvelle campagne contre l'administration *qui n'isole pas assez*, et quelques confrères bien intentionnés demanderont que l'on isole encore et ce sera tout.

Est-ce assez et est-ce vrai? Entre Malgaigne qui réduisait tout à une question d'architecte et nos autres maîtres qui en bons musulmans considéraient la mortalité chirurgicale comme fatale à notre race, il n'y avait guère de vrai ; nous le savons tous aujourd'hui. Les complications chirurgicales, à bien peu d'exceptions près, n'existent que chez ceux qui veulent bien les subir.

Est-ce qu'il n'y aurait pas quelque chose comme cela dans l'horrible mortalité du personnel médical, dans l'effrayante propagation des maladies contagieuses; et avons-nous fait notre devoir pour en garantir nous et les autres?

A cela je n'hésite pas à dire non. Faut-il l'attribuer à un sentiment chevaleresque du caractère français? Faut-il l'attribuer à cette insouciance du danger dans lequel ont vit chaque jour? Faut-il voir un peu les résultats d'une routine commune? Je crois qu'il y a de tout cela dans cette manière de faire. Puis il est plus facile peut-être de dire à un administrateur de construire un hôpital ou une portion d'hôpital pour isoler, que de poursuivre l'œuvre patiente de protection contre toutes les contagions qui devrait être le résultat de nos découvertes modernes.

Je m'explique. Quelquefois on isole les malades atteints d'affections contagieuses ; et, sauf quelques pauvres pulvérisations à l'acide phénique, on ne désinfecte jamais ni eux ni leurs produits, ni leurs cadavres, ni les élèves qui les soignent ni un quelconque de ceux qui les approchent. Dans la hiérarchie hospitalière, même si le chef de service se lave les mains, le lavage suit une progression rapidement décroissante pour arriver à rien ; et la véritable raison en est à la fois dans l'habitude et dans l'absence de moyens de lavages suffisants.

L'interne soigneux, dévoué pour les malades, devient d'une insouciance terrible quand il ne s'agit que de lui-même ; il n'évite guère les contacts inutiles avec les malades et étudie sans précautions les débris les plus dangereux.

La conservation des pièces, si merveilleusement comprise en certains pays étrangers, est quelquefois très négligée chez nous.

Tout cela demande des réformes; et j'ai toutes raisons de croire que l'Assistance est prête à nous aider de toutes ces forces. Je sais que, dans mon service, j'ai demandé plusieurs réformes, imposé des lavages, appliqué les désinfectants à toutes matières toxiques, demandé des savons sérieux pour les mains, etc., etc., et qu'on ne m'a rien refusé. En tourmentant un peu mes élèves, j'ai obtenu d'eux la propreté chirurgicale absolue que j'exerçais moi-même ; j'ai demandé une réforme pour la salle des morts et on me l'a accordée tout de suite. Si elle n'est pas encore appliquée, cela tient à une absence forcée et à des causes indépendantes de moi et de la bonne volonté administrative.

C'est pour cela que j'adresse un appel à tous nos collègues pour qu'ils réunissent leurs efforts pour pratiquer la désinfection, l'antisepsie du malade, de ses produits, du garde, du médecin ; qu'ils ne restent pas dans la banalité de théorie de l'isolement; *seul, sans le complément antiseptique*, celui-ci n'a jamais produit qu'une atténuation, quelquefois un foyer d'infection, à moins qu'il ne fût fait comme en Amérique dans une île, ou comme en Orient par la quarantaine imposée à coups de fusils.

Ils peuvent, chacun autour d'eux, diminuer de beaucoup les chances de contagion à l'hôpital, en ville, ils n'ont qu'à choisir parmi les agents: acide phénique, salycilique, permanganate de potasse, chlorure de zinc, sulfate de fer, tannin, écorces de chêne, etc., etc.

Il y en a de tous les prix et de tous les goûts.

Que la mort de nos pauvres jeunes collègues ne soit pas stérile. Que les salles s'assainissent, que les fôyers d'infections disparaissent. Ceux qui auront participé à cette œuvre auront beaucoup fait pour le bien de l'humanité.

Ils se heurteront à bien des difficultés, en particulier à l'insuffisance du personnel hospitalier auquel il faudrait apprendre beaucoup moins l'anatomie, la physiologie et la petite chirurgie, germes d'exercice illégal précieusement semés, et beaucoup plus l'art de laver les vases, de nettoyer les lits et de tenir les cabinets propres. Mais s'ils n'avaient pas de difficultés à vaincre ils n'auraient pas de mérite. »

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 8 au 13 mai 1882.) — *Lundi*, 8. — Doctorat, 1er, dissection (ancien régime) : MM. Verneuil, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, partie orale) : MM. Guyon, Hayem et Reclus. — 1er (ancien régime, oral) : MM. Trélat, Parrot et Monod. — 2e (2e partie, physiologie) : MM. Béclard, Fournier et Ch. Richet. — 3e (ancien rég.) : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 5e (ancien régime, Charité) : MM. Charcot, Duplay et Budin. — 5e (nouveau mode, 2e partie), clinique interne et épreuve pratique d'anatomie pathologique : MM. Vulpian, Potain et Straus.

Mardi, 9. — Doctorat, 2e (nouveau régime), dissection : MM. Sappey, Richet et Berger. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime) : MM. Robin, Cornil et Bouilly. — 4e : MM. G. Sée, Brouardel et Grancher. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Laboulbène et Peyrot.

Mercredi, 10. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Trélat, Duplay et Marchand. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er : MM.

Béclard, Verneuil et Remy. — 1er : MM. Vulpian, Hayem et Reclus. — 1er ; MM. Guyon, Parrot et Cadiat. — 3e : MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 5e (nouveau mode, 1re partie), clinique externe et accouchements (Charité) : MM. Depaul, Tillaux et Monod.

Jeudi, 11. — Doctorat, 1er, dissection : MM. Le Fort, Panas et Peyrot. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e (nouveau mode, oral, 1re partie), anatomie, histologie : MM. Robin, Laboulbène et Humbert. — 2e (nouveau mode, oral, 1re partie), anatomie, histologie : MM. Sappey, Legroux et Berger. — 2e (ancien mode, oral) : MM. Jaccoud, G. Sée et Bouilly.

Vendredi, 12. — Doctorat, 2e (nouveau mode), dissection : MM. Verneuil, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien mode, oral) : MM. Vulpian, Trélat et Terrillon. — 1er (ancien mode, oral) : MM. Charcot, Guyon et Cadiat. — 1er (ancien mode, oral) : MM. Parrot, Duplay et Ch. Richet. — 4e : MM. Bouchardat, Hayem et Landouzy.

Samedi, 13. — Doctorat, 2e (nouveau mode, 1re partie, oral), anatomie et histologie : MM. Robin, Cornil et Humbert. — 2e (nouveau mode, 1re partie, oral), anatomie et histologie : MM. Sappey, Richet et Peyrot. — 2e (ancien mode, oral) : MM. Lasègue, Jaccoud et Berger. — 2e (ancien mode, oral) : MM. Hardy, Panas et Debove. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Laboulbène et Bouilly.

Samedi, 13. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

HÔPITAL DU MIDI. *Conférences cliniques.* — M. le Dr Horteloup, chirurgien de l'hôpital du Midi, commencera des conférences sur les maladies vénériennes, le dimanche 7 mai, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Visite des malades, à neuf heures.

ECOLE PRATIQUE. — *Cours public d'otologie.* — M. le Dr E. Ménière commencera son cours public d'otologie le vendredi 12 mai, à midi, dans l'amphithéâtre no 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAUWEREYNS, 2, *rue Casimir-Delavigne.*

Traité de l'art des accouchements, par S. TARNIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef de la Maternité, et G. CHANTREUIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société anatomique. 1 vol. in-8 de 950 pages, avec 285 figures.

Prix de l'ouvrage complet, le 2e volume avec la collaboration du Dr BUDIN, payé d'avance, 25 francs.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Succr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

r-Neuvième année — Tome I. N° 54 Mardi 9 Mai 1882

LA

RANCE MÉDICALE

reaux
'abonne chez
[illegible] et E. Lecrosnier
Place
ile-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

Abonnements
UN AN
France .... 15 fr.
Union postale .. 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
ur de clinique chirurgicale,
e de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale,
Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
ur agrégé à la Faculté,
rgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

ur ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. Bottentuit, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
rages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
onces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE


EN VENTE DANS LES Mons d'EAUX MINÉRALES
EMPLOYÉE DANS LES PRINCIPAUX HOPITAUX
EAU
SULFUREUSE
Source
SÉVIGNÉ
APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
AUTORISATION de l'ÉTAT
AGENCE GÉNÉRALE
31 rue Vivienne
PARIS
AFFECTIONS de la GORGE LARYNX ASTHME BRONCHES
MALADIES de la PEAU LYMPHATISME SCROFULE
VÉRITABLE
EXTRAIT DE VIA
LI
PRÉCIEUX POU
5 MÉDA
4 GRANDS DIPLÔ
EXIGER
le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Épiciers &

3e Annee. — Tome I. — N° 54. Mardi 9 Mai 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

REVUE CRITIQUE

Phthisie pulmonaire (*Suite*) (1).

Par M. le docteur DU CASTEL,
Médecin du bureau central.

L'opinion française était appuyée surtout sur les données de la nique et de l'anatomie macroscopique, sur la coïncidence fréquente la granulie et de la tuberculose commune. Les travaux de Graner et Thaon marquèrent un pas nouveau; ce fut en effet en ppuyant sur les recherches histologiques que ces auteurs vinrent irmer l'unité de la tuberculose : ils combattaient donc les lemands avec leurs propres armes, puisque c'était au nom du croscope que les médecins d'outre-Rhin avaient repris la théorie la dualité; mais ces deux anatomistes ne comprirent pas d'une fan identique l'unité de la maladie.

Pour M. Grancher, les différences d'aspect de ces lésions (granuions, tubercules miliaires, infiltrations) ne représentent autre chose e des dispositions d'ensemble différentes d'un même produit. Le ercule peut se présenter sous la forme limitée d'un nodule ou is la forme diffuse d'une infiltration ; mais dans l'une et l'autre on rouve facilement les mêmes dispositions élémentaires, tendance o-caséeuse, zones embryonnaire et caséeuse à aspect vitreux actéristiques des lésions tuberculeuses, et il est évident qu'on est présence de lésions de même nature.

M. Thaon ne proclame pas l'identité de structure de la granulation se et des processus caséeux, mais il pense que la pneumonie éeuse est une lésion spécifique de la tuberculose au même titre la granulation grise : il compare la tuberculose avec son double cessus, altérations caséeuses et granulations grises, à la syphilis c ses inflammations et ses tumeurs gommeuses; c'est donc l'unité thésique qu'il défend tandis que M. Grancher professe l'unité anaique.

la suite des ces travaux, une ère nouvelle s'ouvre, pendant lalle il semble qu'il soit possible de trouver dans le tubercule un nent spécial caractéristique : c'est d'abord la cellule géante, cel- volumineuse à noyaux nombreux accumulés ordinairement à la iphérie ; c'est ensuite le follicule dit tuberculeux, amas cellulaire stitué par une cellule géante centrale entourée de deux zones

(1) V. *France méd.*, n° 53, p. 625.

d'éléments différents, l'interne composée de grandes cellules désignées à cause de leur aspect sous le nom d'épithélioïdes, l'externe n'étant autre que la couche active des cellules embryonnaires. Mais ces éléments, signalés par Schüppel et Köster, plus complètement étudiés par Charcot, ont été retrouvés dans des produits trop multiples pour qu'on puisse y voir aujourd'hui autre chose qu'une lésion le plus ordinairement inflammatoire, plus fréquente peut-être dans les inflammations tuberculeuses, mais n'ayant pas la valeur d'une lésion spécifique.

La conquête la plus importante, au point de vue de la phthisie pulmonaire, est la notion, fournie par les recherches de Rindfleisch et de Charcot, du siège précis occupé par les lésions tuberculeuses. Cette notion est due à l'application, à l'étude de la tuberculose pulmonaire, de l'anatomie dite médicale par le professeur Charcot, anatomie dans laquelle l'histologiste s'occupe beaucoup plus de rechercher la topographie les lésions, de déterminer exactement leur localisation que de saisir les détails même de l'altération. C'est d'ailleurs à l'extension de ce mode d'étude, à l'application méthodique de cette anatomie médicale ou des localisations, que nous devons la plupart des découvertes faites dans ces dernières années par l'éminent professeur de la Salpêtrière.

Le *tubercule miliaire*, lésion la plus commune de la tuberculose, comme l'a montré Laënnec, occuperait, d'après Rindfleisch, le point même où la bronche terminale s'abouche avec les conduits alvéolaires de l'acinus : cet auteur pense que des éléments tuberculeux tombés des bronches supérieures viennent s'arrêter sur les bronchioles et sont l'origine d'une infection locale qui donne naissance au tubercule.

Charcot ne croit pas à une localisation aussi constante du tubercule miliaire dans le vestibule de l'acinus : il a vu des agglomérations tuberculeuses greffées sur les bronches d'un certain calibre.

Le tubercule miliaire n'est du reste pas un élément simple ; il est le résultat de l'accumulation autour des bronches d'un certain nombre de follicules tuberculeux qui subissent rapidement cette variété de dégénérescence caséeuse que M. Grancher a décrite sous le nom de dégénérescence vitreuse. Le tubercule miliaire n'est, en un mot, qu'une agglomération péribronchique de follicules tuberculeux ; c'est pourquoi M. Charcot a proposé de le désigner sous le nom de nodule tuberculeux péribronchique.

Un autre point ressort aussi des travaux que nous venons de signaler : l'histoire des masses volumineuses que Laënnec avait décrites sous le nom d'infiltrations tuberculeuses doit être entièrement confondue avec celle du tubercule miliaire. En effet, ces masses ne sont pas le résultat d'un processus distinct ; elles ne sont autre chose que des amas de tubercules miliaires réunis en groupes plus

noins volumineux. Rindfleisch avait pensé que la pneumonie, qui se éveloppe le plus habituellement autour du tubercule miliaire, pouvait ubir la métamorphose caséeuse et contribuer à la production des iasses caséeuses volumineuses ; M. Charcot professe au contraire ue la caséification se fait toujours exclusivement aux dépens de la éoplasie tuberculeuse, du follicule tuberculeux entre les tubercules iliaires ; la pneumonie, sous ses différentes formes, peut exister u faire défaut ; c'est un élément accidentel qui ne prend, à la onstitution des infiltrations, aucune part importante et ne joue aucun ile nécessaire dans la dégénérescence caséeuse tuberculeuse.

Les dernières recherches histologiques ont donc pleinement légimé le rapprochement que Laënnec avait établi entre le tubercule iliaire et les infiltrations : le rapprochement est même plus considéble que ne l'avait pensé l'auteur du Traité de l'auscultation ; car il y a pas dans la tuberculose commune deux manières d'être de la itière tuberculeuse, la tumeur et l'infiltration, mais simplement s tubercules miliaires, tantôt isolés, tantôt agglomérés, produisant ns le premier cas les nodules, dans le second les infiltrations berculeuses.

La confusion du tubercule miliaire et de la granulation tuberleuse a-t-elle été aussi complètement légitimée ? Pour juger cette estion, il faut passer en revue les notions que les recherches hisogiques nous fournissent sur la granulation tuberculeuse ou graation grise, point d'appui de l'opinion des dualistes depuis Bayle qu'à M. Empis et aux auteurs allemands.

a granulation tuberculeuse, de même que le tubercule miliaire constituée par l'agglomération d'un certain nombre de follicules erculeux : cependant l'examen détaillé de l'un et de l'autre pert de constater entre eux un certain nombre de différences.

a granulation tuberculeuse se fait remarquer à première vue par ondance du tissu embryonnaire qui entre dans sa composition, par tendance à l'organisation fibreuse ; le tubercule miliaire, au conre, par la rapidité et l'intensité de la dégénérescence caséeuse : s la première, le processus est plutôt organisateur et conduit facient à la sclérose ; dans le second, il est éminemment destructeur onduit à une désorganisation rapide.

ans la granulation, le phénomène saillant est l'hypertrophie des is de l'alvéole ; les cavités alvéolaires sont pour la plupart réies et presque supprimées par la tuméfaction de leurs cloisons ; productions intra-alvéolaires sont relativement rares et subissent dégénérescence plus voisine de la dégénérescence caséeuse ile que de la dégénérescence vitreuse : dans le tubercule miliaire, contraire, le phénomène saillant est l'accumulation dans les oles d'amas cellulaires qui subissent hâtivement la dégénéres-

cence vitreuse si bien décrite par M. Grancher ; les parois alvéolaires, comprimées par ces productions intra-alvéolaires, s'atrophient rapidement et ne sont bientôt plus indiquées que par la persistance de leurs fibres élastiques plus résistantes. Dans un cas, le processus est surtout pariétal et rappelle assez bien un abcès miliaire; dans l'autre, au contraire, il est intraalvéolaire et a plutôt les allures d'un foyer de broncho-pneumonie.

Le tissu qui environne le tubercule miliaire est ordinairement enflammé, en état de pneumonie catarrhale; celui qui entoure la granulation tuberculeuse est simplement le siège d'une congestion très intense, quelquefois de véritables hémorrhagies intra-alvéolaires rappelant l'infarctus pulmonaire, et la granulie est une des affections du poumon où l'hyperhémie atteint ses degrés les plus intenses.

Mais la différence la plus considérable qui paraisse exister entre le tubercule miliaire et la granulation, est la différence de localisation de l'un et l'autre produit révélée par l'anatomie médicale; tandis que les bronches gouvernent la localisation du tubercule miliaire, qui se développe habituellement au niveau des extrémités bronchiques, les vaisseaux sanguins et lymphatiques semblent gouverner la localisation de la granulation tuberculeuse, qui s'observe au pourtour des vaisseaux.

Ainsi, à côté de quelques analogies tirées de ce fait que toutes deux sont constituées par des agglomérations des éléments non spécifiques qu'on a désignés sous le nom de follicules tuberculeux, il existe entre ces deux lésions des différences de siège, d'origine, de tendance considérables qui expliquent peut-être leurs différences d'aspect; à la prédominance de la dégénérescence graisseuse, le tubercule miliaire doit sa mollesse, son aspect jaune prématuré ; à l'abondance de sa zone embryonnaire, à sa tendance plutôt organisatrice, la granulation grise doit sa dureté, sa saillie, sa transparence particulière, son aspect cartilaginiforme. Le premier, produit d'origine broncho-alvéolaire, se développe ordinairement au niveau de l'acinus, se réunit rapidement en groupes qui prennent l'aspect de véritables grappes, s'accompagne le plus habituellement d'un certain degré d'inflammation pulmonaire; il envahit le poumon, progressivement de haut en bas, en suivant la distribution bronchique : la seconde, produit d'origine vasculaire ou lymphatique, se diffuse rapidement dans toute l'étendue de l'organe, formant des nodules isolés qui se localisent au niveau des divisions vasculaires et s'accompagnent souvent d'une endovascularite mise en relief par M. Cornil et M. H. Martin ; elle provoque ordinairement une gêne circulatoire considérable que traduit la congestion intense habituelle à la granulie et signalée par tous les auteurs.

En présence de différences aussi considérables, il semble im-

ible de continuer à confondre entièrement l'histoire de ces deux pro-
uits, et la nécessité d'une distinction paraît s'imposer ; il ne semble
ependant pas qu'il faille aller avec les dualistes, jusqu'à en faire les
anifestations de deux maladies distinctes : ce serait pousser trop
in la division. Un certain nombre d'observations montrent qu'une
aison intime existe entre le tubercule miliaire et la granulation tu-
rculeuse.

Le professeur Lépine a vu l'infection, partie d'un foyer caséeux,
ovoquer sur la plèvre voisine ou dans l'intérieur des lymphatiques
e éruption de granulations grises ; Ponfick a pu, dans des cas de
anulie généralisée, suivre l'infection depuis le foyer caséeux jusque
r le canal thoracique à son embranchement dans le système circu-
oire. Le foyer caséeux sème donc la granulation tuberculeuse et
lle-ci apparaît comme un produit d'infection se rattachant, dans un
tain nombre de cas au moins, à l'histoire des caséifications et du
ercule miliaire ; nous sommes ramenés à la théorie de Buhl : il y
ntre le tubercule miliaire et la granulation, à défaut d'identité
olue, parenté et filiation, et leur histoire ne doit pas être sépa-
, encore moins opposée. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la Codéine pure.

a Codéine possède des propriétés sédatives incontestables et rend
éels services chaque fois qu'il est possible d'administrer ce médi-
ent *pur*, sous une forme permettant un dosage rigoureusement
t.

arbier (d'Amiens) est le premier qui ait soumis la Codéine à une
e clinique approfondie. Administrée par lui à des malades atteints
évralgie, elle a donné les résultats suivants : cessation de la
eur et des autres accidents, pas de modifications sensibles dans
onctions de la circulation et de la respiration, non plus que dans
onctions digestives ; pas de constipation, pas de diarrhée. Les
des qui prennent de la *Codéine pure* ont un sommeil calme, pai-
et réparateur ; au réveil, ils ont l'encéphale parfaitement libre,
nt gais et ont une figure ouverte et rosée.

s malades, au contraire, qui sont sous l'influence de la morphine,
a tête lourde au réveil, les paupières pesantes, et se plaignent
ourdissement et d'accablement, de vertiges et souvent de con-
ion opiniâtre.

gendie, en administrant de la Codéine pure à un certain nombre
lades à l'Hôtel-Dieu, a pu se convaincre que ce médicament

procurait un sommeil calme et paisible, non suivi le lendemain des inconvénients que l'on reproche à la morphine.

Martin Solon, en employant du sirop de Codéine pure, a obtenu chez les phthisiques un sommeil facile avec diminution de la toux, de l'expectoration et jamais de congestion cérébrale.

Krebel, Dumont, Edm. Robiquet, Berthé, Claude Bernard, ont obtenu des effets analogues en administrant de la Codéine pure à des malades qui ne pouvaient pas supporter la morphine. Aran et Regla ont présenté à l'Académie de médecine le résultat de leurs recherches. Douze malades atteints d'affections diverses, douleurs avec contracture, névralgies, gastralgies, insomnies persistantes, rhumatismes, ont été traités avec succès par le sirop de Berthé à la Codéine pure.

Deux observations sont particulièrement concluantes, car la Codéine a soulagé deux sujets qui étaient inutilement soumis à l'usage de l'extrait thébaïque, l'un depuis un mois, l'autre depuis dix jours.

« Pour résumer en quelques mots l'impression que m'a faite ce médicament, je dirai que la Codéine me paraît réunir en elle ce que l'opium a de plus merveilleux et de plus efficace. » (Aran, *Note sur l'emploi de la Codéine*. Académie de médecine, 1857.)

Trousseau et Pidoux ont obtenu les mêmes résultats que Claude Bernard. La Codéine endort surtout en faisant cesser les phénomènes qui s'opposent au sommeil, la toux par exemple. « En effet, il arrive à peu près constamment que les malades atteints de bronchite aiguë, arrivés à la période d'hyperesthésie et de spasmes des bronches, tourmentés par une toux continuelle, sont remarquablement soulagés avec une ou deux cuillerées de sirop de Codéine pris au commencement de la nuit, soit pur, soit dans une infusion chaude.

« Le malade éprouve un bien-être marqué à ne plus tousser et à pouvoir laisser entrer l'air librement dans sa poitrine. » (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, Paris, 1877.)

« La Codéine, dit le professeur Gubler, plus maniable que la morphine, est prescrite aux personnes qui supportent mal l'opium et particulièrement aux très jeunes enfants, aux femmes, aux vieillards, aux sujets menacés de congestions cérébrales. » Le sirop de Berthé est cité avantageusement. (Gubler, *Commentaires thérapeutiques du Codex medicamentarius*, p. 587.)

M. le professeur Fonssagrives se montre très partisan de la Codéine, à la condition d'avoir un médicament pur, ne contenant pas la moindre trace de morphine.

M. le Dr F. Leblanc, dans le *Journal de Thérapeutique* de Gubler du 25 avril 1881, s'exprime en ces termes :

« La cause à laquelle j'attribue certaines divergences d'opinion

entre les auteurs également recommandables doit résider dans les *fréquentes sophistications de la Codéine que des industriels peu scrupuleux remplacent par des doses plus ou moins variables de chlorhydrate de morphine.* Mon observation personnelle me permet d'attribuer à la Codéine une action soporifique très réelle et fort précieuse par sa douceur et la facilité avec laquelle elle se dissipe, sans laisser après elle aucun symptôme pénible. Cette action est très remarquable dans les bronchites aiguës et subaiguës à tel point que, sans vouloir l'affirmer, je serais tenté d'attribuer à cet alcaloïde une action calmante élective sur la muqueuse des bronches et du larynx. Le fait est que, sous son influence, les sensations de picotement et de chatouillement siégeant au larynx et provoquant la toux, se calment promptement, et le sujet s'endort tranquillement pour plusieurs heures, d'un sommeil paisible et réparateur. Un des grands avantages de la Codéine, c'est encore de pouvoir être acceptée par des sujets qui sont incapables de supporter la morphine, soit à cause de leur tempérament nerveux, soit en raison d'idiosyncrasies ignorées.

« Il y a bon nombre de malades qui réagissent, pour ainsi dire, contre l'opium et contre la morphine, les uns par la nausée, les autres par une véritable tendance à lutter, dès qu'ils se produisent, contre les effets hypnotiques de la morphine.

« Dès que ces effets se manifestent, loin de leur obéir et de céder au sommeil, on voit ces sujets agités de soubresauts violents, se dresser sur leur lit, s'humecter le front d'eau froide, s'inquiéter si la dose qu'ils ont prise n'était point trop considérable, puis, calmés pour un instant et rassurés, se recoucher pour se redresser dix minutes après et passer ainsi dans la plus pénible agitation tout le temps que durera l'effet de la morphine.

« Chez ces sujets rebelles, la *Codéine pure* donne d'excellents résultats, grâce à ce que j'appellerai, ne sachant mieux m'exprimer, la douceur de son action qui calme progressivement et endort pour ainsi dire incessamment, sans entraîner ces bouffées de lourdeur de tête, de sensations étranges, de réactions et même de délire qu'amène si souvent la morphine. »

En résumé, les observations qui précèdent démontrent que la Codéine est un précieux calmant, efficace contre les insomnies, les rhumes, les bronchites, l'asthme et la coqueluche, etc., à la condition d'avoir un médicament pur et toujours identique dans sa composition.

On aura toute garantie en prescrivant le *sirop* et la *pâte de Berthé*. Chaque cuillerée de sirop contient 15 milligrammes de Codéine pure et chaque morceau de pâte 1 milligramme.

Pour être certain d'administrer de la *Codéine très pure*, il est in-

dispensable de bien spécifier les véritables produits de Berthé, car MM. Réveil, Chevalier et O. Henry, professeurs et membres de l'Académie de médecine, ont constaté, dans un rapport authentique, que sur 100 échantillons de sirop *dit* Codéine, soumis à l'analyse, 23 *n'en contenaient pas*. (Extrait du *Progrès Médical*.)

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 9 *mars* 1882. — *Présidence de* M. Nicaise.

La séance est ouverte à huit heures et demie.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Merklen communique une observation intitulée : *Hémichorée avec hémianesthésie sensitive et sensorielle, guérie par la faradisation d'un point limité de la peau.* (V. *France méd.*, n° 42, p. 493.)

M. Cuffer fait observer qu'il ne s'agissait pas d'une chorée rhythmique, et que par conséquent le diagnostic de chorée hystérique ne peut être posé qu'avec réserve ; il vaudrait mieux admettre qu'on a eu affaire à une chorée vraie développée chez une fille à tempérament hystérique.

M. Comby rappelle incidemment qu'il a vu un cas de chorée hystérique avec hémianesthésie céder temporairement à l'application prolongée des aimants.

M. Ozenne fait connaître un cas de : *Névralgie sous-orbitaire guérie par l'arrachement du nerf.* (V. *France méd.*, n° 40, p. 469.)

M. Nicaise. Le succès obtenu par M. Blum est assurément fort remarquable, mais l'expérience a prouvé qu'il faut être très réservé dans les élongations appliquées aux nerfs crâniens ; à plus forte raison faut-il se méfier des arrachements. M. Tillaux a publié récemment un cas d'arrachement accidentel du nerf sous-orbitaire, pendant la résection du maxillaire supérieur, qui fut suivie de la fonte purulente immédiate et totale du globe de l'œil. De même, M. Combalat (de Marseille), dans un travail présenté à la Société de chirurgie, a signalé quatre cas d'arrachement du nerf sous-orbitaire, toujours faits à l'occasion de résection du maxillaire supérieur, sur lesquels il en est deux qui ont été suivies de troubles trophiques graves du côté de l'œil, dont une fois la fonte purulente totale du globe. M. Polaillon, chargé d'un rapport sur ces faits, a conclu qu'il y avait une irritation du ganglion de Gasser par traction mécanique sur le nerf, qui dans son trajet orbitaire est entouré d'un tissu cellulaire très lâche. On voit qu'il y a là un danger sérieux, assez grave pour commander l'abstention en principe. Le fait heureux qui vient d'être rapporté constitue une exception favorable, mais sur laquelle il ne faudrait pas s'appuyer pour préconiser une opération aussi péril-

leuse. J'ajouterai que dans les cas de véritable névralgie épileptiforme on doit, la question d'arrachement mise à part, se méfier beaucoup de toucher aux nerfs. On a cité, il y quelques années, un cas de mort subite à la suite de la résection du nerf sous-orbitaire dans un cas de névralgie épileptiforme de Trousseau.

M. Gendron communique une observation intitulée : *Croup suffocant chez l'adulte, guéri par la trachéotomie.* (*Sera publié.*)

M. Liandier fait connaître un fait intitulé : *Erythème solaire.* (V. *France méd.*, nº 52, p. 618.)

M. Delpech demande si le malade n'avait pas présenté de signes d'aliénation mentale, auquel cas on aurait pu songer à la pellagre des aliénés.

M. Nicaise croit qu'il faudrait faire quelques réserves quant à la nature de l'affection ; il ne pense pas que le calorique rayonnant puisse produire des phlyctènes ni surtout une escharre.

La séance est levée à dix heures.

Les secrétaires des séances,
H. Barth et E. Merklen.

BIBLIOGRAPHIE

La captivité de la duchesse de Berry, a Blaye, 1833. Journal du Dr *P. Ménière*, publié par son fils le Dr *E. Ménière*. Paris, Calmann Lévy, 1882, 2 vol. in-8º.

Cet ouvrage sera jugé différemment par les uns et par les autres. Ceux-ci blâmeront la conduite d'un médecin qui, chargé par le gouvernement de partager la captivité d'une femme, peut-être légère et coupable, a publié le journal des faits dont il a été le témoin ; d'autres ne verront dans ce journal qu'un document historique, écrit d'ailleurs avec la plus grande impartialité : nous nous rangeons dans cette catégorie de lecteurs. La véritable histoire ne se rencontre que dans les mémoires particuliers, surtout quand ceux-ci n'ont pas été rédigés dans un esprit de parti ou dans le but de démontrer quelque chose.

Tout le monde connaît l'histoire des événements relatifs à l'agitation royaliste de la Vendée en 1832-1833, l'arrestation de la duchesse de Berry à Nantes et son internement à la citadelle de Blaye, où le drame se termina par la naissance d'une fille, Anne-Marie-Rosalie, issue du mariage secret de la duchesse avec le comte Hector Lucchesi-Palli.

Cette affaire donna de grands embarras au gouvernement, qui avait à concilier des intérêts de dynastie et des sentiments de parenté, car la duchesse était nièce de la reine Marie-Amélie. Il avait envoyé

d'éléments différents, l'interne composée de grandes cellules désignées à cause de leur aspect sous le nom d'épithélioïdes, l'externe n'étant autre que la couche active des cellules embryonnaires. Mais ces éléments, signalés par Schüppel et Köster, plus complètement étudiés par Charcot, ont été retrouvés dans des produits trop multiples pour qu'on puisse y voir aujourd'hui autre chose qu'une lésion le plus ordinairement inflammatoire, plus fréquente peut-être dans les inflammations tuberculeuses, mais n'ayant pas la valeur d'une lésion spécifique.

La conquête la plus importante, au point de vue de la phthisie pulmonaire, est la notion, fournie par les recherches de Rindfleisch et de Charcot, du siège précis occupé par les lésions tuberculeuses. Cette notion est due à l'application, à l'étude de la tuberculose pulmonaire, de l'anatomie dite médicale par le professeur Charcot, anatomie dans laquelle l'histologiste s'occupe beaucoup plus de rechercher la topographie les lésions, de déterminer exactement leur localisation que de saisir les détails même de l'altération. C'est d'ailleurs à l'extension de ce mode d'étude, à l'application méthodique de cette anatomie médicale ou des localisations, que nous devons la plupart des découvertes faites dans ces dernières années par l'éminent professeur de la Salpêtrière.

Le *tubercule miliaire*, lésion la plus commune de la tuberculose, comme l'a montré Laënnec, occuperait, d'après Rindfleisch, le point même où la bronche terminale s'abouche avec les conduits alvéolaires de l'acinus : cet auteur pense que des éléments tuberculeux tombés des bronches supérieures viennent s'arrêter sur les bronchioles et sont l'origine d'une infection locale qui donne naissance au tubercule.

Charcot ne croit pas à une localisation aussi constante du tubercule miliaire dans le vestibule de l'acinus : il a vu des agglomérations tuberculeuses greffées sur les bronches d'un certain calibre.

Le tubercule miliaire n'est du reste pas un élément simple ; il est le résultat de l'accumulation autour des bronches d'un certain nombre de follicules tuberculeux qui subissent rapidement cette variété de dégénérescence caséeuse que M. Grancher a décrite sous le nom de dégénérescence vitreuse. Le tubercule miliaire n'est, en un mot, qu'une agglomération péribronchique de follicules tuberculeux ; c'est pourquoi M. Charcot a proposé de le désigner sous le nom de nodule tuberculeux péribronchique.

Un autre point ressort aussi des travaux que nous venons de signaler : l'histoire des masses volumineuses que Laënnec avait décrites sous le nom d'infiltrations tuberculeuses doit être entièrement confondue avec celle du tubercule miliaire. En effet, ces masses ne sont pas le résultat d'un processus distinct ; elles ne sont autre chose que des amas de tubercules miliaires réunis en groupes plus

moins volumineux. Rindfleisch avait pensé que la pneumonie, qui se développe le plus habituellement autour du tubercule miliaire, pouvait subir la métamorphose caséeuse et contribuer à la production des masses caséeuses volumineuses ; M. Charcot professe au contraire que la caséification se fait toujours exclusivement aux dépens de la néoplasie tuberculeuse, du follicule tuberculeux entre les tubercules miliaires ; la pneumonie, sous ses différentes formes, peut exister ou faire défaut ; c'est un élément accidentel qui ne prend, à la constitution des infiltrations, aucune part importante et ne joue aucun rôle nécessaire dans la dégénérescence caséeuse tuberculeuse.

Les dernières recherches histologiques ont donc pleinement légitimé le rapprochement que Laënnec avait établi entre le tubercule miliaire et les infiltrations : le rapprochement est même plus considérable que ne l'avait pensé l'auteur du Traité de l'auscultation ; car il n'y a pas dans la tuberculose commune deux manières d'être de la matière tuberculeuse, la tumeur et l'infiltration, mais simplement les tubercules miliaires, tantôt isolés, tantôt agglomérés, produisant dans le premier cas les nodules, dans le second les infiltrations tuberculeuses.

La confusion du tubercule miliaire et de la granulation tuberculeuse a-t-elle été aussi complètement légitimée ? Pour juger cette question, il faut passer en revue les notions que les recherches histologiques nous fournissent sur la granulation tuberculeuse ou granulation grise, point d'appui de l'opinion des dualistes depuis Bayle jusqu'à M. Empis et aux auteurs allemands.

La granulation tuberculeuse, de même que le tubercule miliaire est constituée par l'agglomération d'un certain nombre de follicules tuberculeux : cependant l'examen détaillé de l'un et de l'autre permet de constater entre eux un certain nombre de différences.

La granulation tuberculeuse se fait remarquer à première vue par l'abondance du tissu embryonnaire qui entre dans sa composition, par sa tendance à l'organisation fibreuse ; le tubercule miliaire, au contraire, par la rapidité et l'intensité de la dégénérescence caséeuse : dans la première, le processus est plutôt organisateur et conduit facilement à la sclérose ; dans le second, il est éminemment destructeur et conduit à une désorganisation rapide.

Dans la granulation, le phénomène saillant est l'hypertrophie des parois de l'alvéole ; les cavités alvéolaires sont pour la plupart rétrécies et presque supprimées par la tuméfaction de leurs cloisons ; les productions intra-alvéolaires sont relativement rares et subissent une dégénérescence plus voisine de la dégénérescence caséeuse simple que de la dégénérescence vitreuse : dans le tubercule miliaire, au contraire, le phénomène saillant est l'accumulation dans les alvéoles d'amas cellulaires qui subissent hâtivement la dégénéres-

GAURON. De l'emploi des liquides pour franchir les rétrécissements de l'urèthre. — BÉNARD. Contribution à l'étude du goître exophthalmique. Pathogénie. Traitement. — CLÉMENT. Quelques considérations sur les arthrites consécutives aux affections osseuses inflammatoires spontanées et traumatiques.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du prosectorat.* — Les deux premières épreuves du concours pour la nomination à deux places de prosecteur se sont terminées par l'admissibilité, aux épreuves suivantes, de MM. Barette, Castex, Leclerc, Michaud, Poirier, Poussom. Ramonède, Routier et Verchère.

L'épreuve écrite avait eu pour sujet : 1° Synoviales articulaires et tendineuses ; 2° des fonctions de ces synoviales ; 3° fongosités des synoviales articulaires et tendineuses.

Pour l'épreuve des pièces sèches, le sujet donné est : le pli de l'aine.

Examens de doctorat. — MM. les étudiants qui auront subi avec succès l'épreuve pratique, soit de dissection, soit de médecine opératoire (premier et deuxième examens de doctorat ancien régime, deuxième et troisième examens de doctorat nouveau régime), sont priés de vouloir bien désormais réclamer au concierge de la Faculté, *le jour même de l'épreuve, à partir de cinq heures*, leur lettre de convocation pour l'examen oral qui a ordinairement lieu le lendemain ou les jours suivants.

CLINIQUE OTOLOGIQUE DE L'INSTITUTION NATIONALE DES SOURDS-MUETS. — Le Dr Ladreit de Lacharrière commencera ses conférences cliniques jeudi prochain 11 mai, à 9 heures du matin, et les continuera les jeudis suivants.

Ces conférences seront au nombre de huit seulement.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 27 avril au 3 mai 1882.* — Fièvre typhoïde, 81. — Variole, 25. — Rougeole, 38. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 1. — Diphtérie, croup, 52. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 6. — Infections puerpérales, 10. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 61. — Phthisie pulmonaire, 219. — Autres tuberculoses, 14. — Autres affections générales, 67.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 57.

Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 93. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 41 ; au sein et mixte, 28 ; inconnu, 7. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 81 ; l'appareil circulatoire, 72 ; l'appar. respiratoire, 94 ; l'appareil digestif, 60 ; l'appareil génito-urinaire, 22 ; la peau et du tissu lamineux, 9 ; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; fièvre infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 33. — Causes non classées, 9. — Nombres absolus de la semaine, 1.177.

Résultats de la semaine précédente : 1.341.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.


POUGUES
rendre une bout. GASTRALGIES, DYSPEPSIE
au repas contre

…IGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 55 JEUDI 11 MAI 1882

LA
…RANCE MÉDICALE

…UREAUX
…n s'abonne chez
…HAYE et E. LECROSNIER
Place
…École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
…eur de clinique chirurgicale, …bre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
…seur agrégé à la Faculté, …rurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

…sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
…uvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
…nnonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

)e Année. — Tome I. — N° 55 Jeudi 11 Mai 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 10 *mai* 1882.

Consulté, il y a quelques semaines, par la commission de la Cham-e des députés chargée d'étudier le projet de loi sur le divorce, Blanche avait, ainsi que MM. Charcot et Magnan, consultés égale-ınt, répondu que la folie ne devait pas être considérée comme une use suffisante de divorce. Cette opinion, si nettement formulée, ait surpris bien des gens, qui voyaient l'une des indications les ıs précises du divorce dans le cas de ces malheureux atteints de ie incurable et plus complètement séparés de leur famille et de société que les criminels les plus endurcis.

M. Blanche, en reproduisant hier sa déposition devant l'Académie, lonné deux sortes de raisons: des raisons de fait et des raisons de ıtiment. Les raisons de fait son indiscutables; en dehors de la pa-ysie générale, il est extrêmement difficile d'affirmer l'incurabilité ne maladie mentale. Le savant aliéniste a cité le cas d'une femme , après avoir passé quinze ans dans une maison de santé pour de la ıémanie, était revenue à la raison; il aurait pu rappeler également cas de Pinel, qui a vu une femme redevenir tout à fait raisonna- après avoir été atteinte de manie pendant vingt-cinq ans. Il faut n avouer que ces cas sont fort rares. La folie guérit beaucoup s souvent que ne le croient les gens du monde, mais, sans qu'il ; possible de formuler de règle générale, on peut le plus souvent, z un malade déterminé, accumuler un certain nombre d'éléments pronostic qui permettent d'affirmer que cet homme ne remplira ıais dans le monde le rôle auquel il était destiné.

ıes raisons de sentiment alléguées par M. Blanche sont des plus ıbles et font honneur à l'homme qui remplit ainsi ses devoirs en-; les aliénés dont il a accepté la garde; mais la loi est peu sensi-aux choses du cœur et s'incline froidement devant les faits.

'ous comprenons la douleur d'un aliéné qui, après une longue pé-e de folie, revient à la raison et trouve sa femme divorcée; nous prenons le désespoir d'un aliéné abandonné de sa femme au mo-t où ses visites et ses caresses lui seraient le plus utiles pour enir son courage dans la maison de santé où il est destiné à pas-de longs mois; mais il y aura toujours place pour ces nobles nples de dévouement conjugal et les femmes qui font preuve de sentiments ne sont pas celles qui demanderont à divorcer.

. Blanche a tiré une raison très spécieuse du nombre considéra-les cas de folie héréditaire, ou du moins des cas de folie surve-, chez des personnes qui y étaient prédisposées par leurs antécé-

dents de famille et par leurs antécédents personnels. Si, dit-il, les jeunes gens, au lieu de chercher un nom et une dot, s'occupaient davantage de la santé physique ou morale de leur conjoint, si du moins ils prenaient l'avis de leur médecin, aussi bien que celui de leur notaire, avant de contracter ces unions mal assorties, on pourrait éviter les accidents de ce genre ou bien l'on n'aurait pas le droit de s'étonner de voir telle jeune fille, au caractère bizarre et fantasque, donner peu après son mariage les signes certains d'une folie qui couvait depuis longtemps. Si vous conservez l'indissolubilité du mariage, dit M. Blanche, vous forcerez au moins les futurs époux à réfléchir et à y prendre garde ; mais s'ils peuvent espérer le divorce, ils ne craindront pas de se lancer dans de semblables spéculations.

La raison est excellente, mais on ne peut la restreindre aux seuls troubles de l'intelligence; de même que la folie, le crime sous toutes ses formes n'est-il pas le plus souvent une affection héréditaire? Il est rare de voir ces catastrophes se développer dans des familles qui ont donné pendant longtemps des exemples de vertu; tout au moins les assassins et les faussaires montraient eux-mêmes dans leur jeunesse des tendances qui auraient pu faire prévoir l'avenir qui leur était réservé. Doit-on faire porter à la jeune fille la peine de l'indifférence coupable des parents qui ont favorisé ou même décidé simplement ce mariage?

Il en est de même de la plupart des causes de divorce; oui il serait utile d'éliminer du mariage un grand nombre d'individus qui ne peuvent contracter que des unions tourmentées et boiteuses; oui il serait désirable que les médecins fussent plus souvent consultés; ils éviteraient dans un grand nombre de cas des malheurs qui plus tard deviennent irréparables, mais prenons notre civilisation dans l'état où elle se trouve et cherchons au moins à réparer de notre mieux les erreurs que nous n'avons pu empêcher.

A. Ch.

REVUE CRITIQUE

Phthisie pulmonaire (*Suite et fin*) (1).

Par M. le docteur Du Castel,

Médecin du bureau central.

En résumé, le tubercule miliaire est pour le poumon une affection broncho-alvéolaire; on pourrait peut-être dire, en considérant les autres organes dans lesquels il se développe le plus habituellement, qu'il est une affection glandulaire ; aussi, il est fréquent de voir

(1) V. *France méd.*, n° 53 et 54, p. 625 et 637.

berculose commune, qu'il caractérise, se limiter pendant longtemps
.ns le système où elle a pris naissance, et où elle ne s'étend que
ıtement et progressivement par une infection successive des voies
ındulaires dans lesquelles elle est née et dans lesquelles elle reste
nfinée : ainsi, la phthisie caséeuse reste souvent limitée à l'appa-
il respiratoire; la tuberculose génitale, la tuberculose urinaire se
:alisent dans la vessie, les organes génitaux et leurs annexes.
La granulation tuberculeuse, tout au contraire, est une affection
ırigine vasculaire ou lymphatique; elle diffuse facilement en sui-
nt le courant sanguin ou lymphatique et, rapidement, elle envahit
ıt un organe (granulie pulmonaire), toute une séreuse (granulie
ritonéale après tuberculose génitale), l'économie tout entière
'anulie généralisée); elle a les allures d'une maladie infectieuse.
« Le tubercule miliaire jaune, a dit Grancher, est un tubercule
e, un tubercule d'organe... La granulation miliaire, véritable
ıine de diathèse, va répandre le poison dans toute l'économie. »
À côté du tubercule miliaire, représentant des processus caséeux,
de la granulation tuberculeuse, produit d'infection, une dernière
ion, comprise par Laënnec dans la description de l'infiltration
se, joue aussi dans la tuberculose commune un rôle important, je
ıx parler de la sclérose. M. Grancher a montré qu'il n'y avait pas
phthisie un peu prolongée dans laquelle elle n'existât à côté du
ocessus caséeux; elle indique la tendance de la maladie à la gué-
on, et son rôle a paru à M. Grancher assez important pour qu'il
cru devoir en tenir compte dans la définition même du tubercule
il qualifie « une néoplasie fibro-caséeuse ». La sclérose limite et
are le mal causé par la caséification, soit qu'elle produise la cica-
ation des ulcérations tuberculeuses, soit qu'elle amène l'enkyste-
ıt des foyers caséeux qu'elle convertit en masses inertes indiffé-
tes pour l'économie.
Iais le rôle de la sclérose ne se borne pas à ce travail réparateur
ondaire; dans un certain nombre de phthisies chroniques, à mar-
exceptionnellement lente (phth. sénile, phth. des maladies du
ème nerveux), la production du tissu fibreux n'apparaît plus
ıme un phénomène secondaire, ultime, ayant pour but la limita-
et l'enkystement du processus caséeux; elle semble être le phé-
ène saillant primitif; dès le début, elle prend sur la caséification
prédominance marquée; la maladie est principalement une mala-
sclérogène, les productions caséeuses rares sont perdues au mi-
d'un tissu fibreux abondant; il est manifeste que la slérose est
ident principal, la caséification un incident tout à fait secon-
e. La prédominance de la cirrhose explique l'allure particulière-
t lente de ces formes de phthisie dites fibroïdes que leurs lé-
s, la lenteur de leur évolution, leur bénignité relative rappro-

chent des inflammations interstitielles en général ; il semble y avoir entre elles et les phthisies caséeuses les mêmes différences d'allure et de gravité qu'entre les inflammations parenchymateuses et interstitielles des autres organes.

En résumé donc trois lésions interviennent pour la production de la phthisie pulmonaire : le processus caséeux représenté par le tubercule miliaire isolé ou aggloméré, la sclérose et la granulation tuberculeuse ; de leur existence isolée ou de leur association résultent les différentes formes de la maladie. Le tubercule miliaire et la caséification, dont il est l'agent, appartiennent particulièrement aux formes rapides ; ils peuvent en constituer l'unique lésion, comme dans la phthisie galopante ; la sclérose appartient aux formes lentes dans lesquelles on la rencontre associée à un plus ou moins haut degré de caséification ; la granulation tuberculeuse est un produit annexe, le résultat d'une infection dont les foyers caséeux semblent être l'origine, tout au moins dans bon nombre de cas.

Deux questions ont été fort discutées dans ces dernières années : la place qu'en nosologie on doit attribuer à la tuberculose, la délimitation exacte des accidents qu'il convient de considérer comme tuberculeux.

Dès les premières années qui suivirent la publication du Traité de l'auscultation, deux opinions contraires se produisirent touchant la nature du tubercule : dans l'une, il fut considéré comme une véritable tumeur comparable au cancer et autres tumeurs malignes ; l'autre ne voulut voir, dans les lésions tuberculeuses, que des lésions inflammatoires analogues, sinon identiques, aux inflammations strumeuses.

La première opinion fut pendant longtemps prédominante, c'est même elle qui conduisit à admettre la spécificité du tubercule qu'on considéra comme une tumeur spécifique ; il semble que, dans ces dernières années, cette opinion ait perdu beaucoup de partisans ; le nombre des auteurs, qui regardent les lésions de la tuberculose comme inflammatoires, devient tous les jours plus nombreux et, parmi eux, beaucoup vont jusqu'à considérer cette affection comme une inflammation virulente, contagieuse, spécifique, voire même parasitaire, dont la place en nosologie serait à côté de la morve.

Que les lésions de la tuberculose soient inflammatoires, cela ne semble faire aucun doute ; qu'on considère cette affection dans ses formes ordinaires caséo-ulcéreuses ou dans ses formes plus rares, fibreuses, l'allure générale de la maladie est celle d'une inflammation plutôt que celle d'une tumeur. Ce qui caractérise la tumeur, c'est la tendance à persister et à s'accroître, son extension indéfinie de proche en proche ; ce qui caractérise au contraire l'inflammation, c'est, dans les formes aiguës, la tendance à la destruction, à l'ulcération

des tissus envahis ; c'est, dans les formes chroniques, l'augmentation de la trame fibreuse, la sclérose ; les lésions tuberculeuses, essentiellement destructives dans les formes caséeuses, aboutissant à la sclérose dans les formes lentes, ont donc toute l'allure des lésions inflammatoires.

Les lésions histologiques, découvertes pendant ces dernières années dans le tubercule, semblent aussi affirmer la nature phlegmasique du processus ; car la cellule géante, le follicule tuberculeux ne paraissent être que des altérations inflammatoires appartenant à une série de phlegmasies, la plupart à marche lente.

Peut-on aller jusqu'à affirmer que les différentes lésions dites tuberculeuses ne soient autre chose que les manifestations multiples d'une même affection spécifique ?

L'anatomie microscopique, pas plus que l'anatomie macroscopique, n'est encore parvenue à déterminer, dans la tuberculose, une lésion pathognomonique ; et si quelques altérations, cellule géante, follicule tuberculeux, ont été rencontrées plus fréquemment dans les inflammations tuberculeuses, elles sont loin d'avoir une valeur spécifique. Ce n'est donc pas sur le résultat des études anatomiques qu'on peut s'appuyer pour affirmer la spécificité de la tuberculose ; pour la proclamer, on a surtout invoqué les analogies qui rapprochent cette affection de la morve ; toutes deux, maladies de misère et de surmenage, appartiennent aux économies débilitées ; dans toutes deux, les lésions anatomiques ont de grandes ressemblances d'aspect et présentent, pour l'appareil respiratoire, une prédilection marquée ; mais l'argument principal, invoqué pour légitimer le rapprochement, est la virulence des produits commune aux deux affections.

C'est, on le sait, à M. Villemin que revient l'honneur d'avoir le premier démontré les propriétés infectieuses des foyers tuberculeux, en pratiquant la méthode des inoculations ; cette méthode, un instant attaquée, a été remise en honneur dans ces dernières années et nous a valu les travaux de Cohneim, Schüller, Kiener, H. Martin, Toussaint, Dieulafoy et Krishaber, etc... Cohneim a pu dire qu'en l'absence de lésion anatomique spécifique permettant de définir d'une manière certaine le tubercule, les résultats positifs ou négatifs de l'inoculation pouvaient seuls enseigner si une lésion était ou non tuberculeuse ; en France, le professeur Villemin, Kiener, H. Martin, dans sa remarquable étude du vrai et du faux tubercule, sont arrivés à des conclusions analogues.

Toutes les expériences des dernières années ont eu pour résultat de confirmer le pouvoir infectieux des produits tuberculeux ; l'animal inoculé succombe plus ou moins rapidement avec des lésions disséminées portant particulièrement sur les poumons, le foie, la rate, les reins, les séreuses et même les articulations ; ces lésions présentent

le plus ordinairement de grandes analogies avec la tuberculose miliaire, mais quelquefois elles se rapprochent davantage des infarctus simples ou des lésions de l'infection purulente. Le pouvoir infectieux paraît, du reste, appartenir à la plupart des inflammations à évolution lente; il a été retrouvé dans les tumeurs blanches, les abcès froids, les adénites caséeuses, le lupus, et la liste des foyers infectieux n'est peut-être pas encore close; toutes ces lésions présentent les mêmes qualités d'infection et doivent, d'après les inoculateurs, rentrer dans la tuberculose; le virus tuberculeux préside à leur naissance et leur communique leurs propriétés infectieuses.

La nature virulente de la tuberculose rendrait compte des faits de contagion publiés dans ces dernières années; elle serait pleinement confirmée par la découverte d'un parasite spécial annoncée par Cohneim, Schüller, etc...

Ainsi, au moment où l'anatomie semble impuissante à définir dans le tubercule un élément caractéristique et où la spécificité anatomique est discutée, les résultats de l'inoculation deviennent le critérium des lésions tuberculeuses. C'est au nom de leurs propriétés infectieuses que l'on cherche à rapprocher un certain nombre de lésions dans lesquelles on ne voit plus que les résultats multiples d'une maladie virulente, une dans son principe, la tuberculose: c'est ainsi qu'on prétend sauvegarder la doctrine de la spécificité en substituant la notion de la spécificité causale à la spécificité anatomique. On voit combien cette opinion nous éloigne de l'ancienne diathèse tuberculeuse, de tout l'espace qui sépare une maladie virulente d'une diathèse. Mais avant de rapporter tous les accidents regardés ordinairement comme tuberculeux et une grande partie des lésions scrofuleuses à une seule maladie virulente spécifique, il est peut-être prudent d'attendre une démonstration plus complète. Il est, en effet, certain que nombre de points bien établis de l'histoire de la tuberculose spontanée semblent recevoir de la théorie de l'infection une explication difficile.

L'influence de l'hérédité sur le développement de la maladie est d'une observation trop journalière pour qu'on puisse mettre en doute sa réalité; l'âge exerce sur les localisations et les formes une action évidente; la tuberculose cérébrale ou ganglionnaire s'observe plus particulièrement chez l'enfant; la tuberculose génitale, chez l'adolescent; chez l'adulte, le poumon est l'organe le plus habituellement atteint; il semble que la maladie subisse l'influence du développement de l'économie et frappe de préférence les organes dont l'activité s'éveille (cerveau chez l'enfant, appareil génital chez l'adolescent) ou ceux dont l'activité reste grande (appareil lymphatique dans la seconde enfance, poumon chez l'adulte). Cette influence de l'hérédité, de l'âge sur la fréquence, la localisation, la forme d'une mala-

die, est l'habitude dans les diathèses ; elle est inconnue dans les maladies virulentes qui conservent leurs localisations et leur évolution quel que soit l'âge des sujets atteints.

L'allure de la tuberculose spontanée ne rappelle que de loin celle des maladies spécifiques. Si la prédilection de l'affection pour le poumon est incontestable, il existe cependant nombre de tuberculeux chez qui cet organe reste indemne pendant toute ou grande partie de l'évolution de la maladie et la loi de Louis souffre de nombreuses exceptions. Les tuberculoses cérébrale et génitale existent souvent seules et c'est fréquemment en dehors de toute tuberculose pulmonaire qu'on voit survenir les abcès froids, les tumeurs blanches et autres lésions que les expériences des inoculateurs ont conduit à rattacher à la tuberculose.

Les formes de la maladie deviennent, pour ainsi dire, innombrables si, à côté des phthisies caséeuses et fibreuses, galopantes, chroniques et granuleuses, il faut placer les accidents décrits dans ces derniers temps sous le nom de tuberculoses locales qui comprennent nombre des anciens accidents scrofuleux. Combien cette maladie si variable dans ses localisations, son allure, sa gravité, rappelle peu le tableau des maladies virulentes spécifiques avec leurs localisations précises, leur évolution régulière, leurs périodes réglées. Pas plus, du reste, que la tuberculose spontanée, la tuberculose expérimentale ne présente les caractères de nos grandes maladies spécifiques; ses lésions, auxquelles on ne saurait assigner aucun caractère pathognomonique, réduites parfois à de simples altérations locales, consistent le plus habituellement en manifestations diffuses rappelant tantôt certaines formes de granulie, tantôt l'infarctus simple ou l'infection purulente ; les accidents provoqués ne constituent pas une affection régulière à évolution réglée, comme la variole, la vaccine ou la morve expérimentales ; mais une infection irrégulière, plus ou moins diffuse, plus ou moins intense. Les inoculations ont établi le pouvoir infectieux de nombre de foyers inflammatoires que nous considérons comme tuberculeux ou scrofuleux : elles n'ont établi ni par la nature des lésions anatomiques obtenues, ni par une allure particulière de la tuberculose expérimentale, que tous ces foyers doivent leur pouvoir infectieux à un seul et même virus, encore moins à un seul et même parasite, qui présiderait à leur naissance et leur communiquerait leurs propriétés infectieuses : c'est pourtant ce qu'il faudrait établir avant de déclarer que tous les foyers capables de donner les succès aux inoculateurs ne sont que des manifestations variées d'une grande maladie spécifique, la tuberculose.

Il est donc encore aujourd'hui permis de se demander si tous les foyers inoculables doivent leurs propriétés infectieuses à un même virus ; il est permis de se demander si tous les foyers inoculables

sont infectieux dès le principe, ou si pour quelques-uns d'entre eux au moins la virulence n'est pas une qualité secondaire, acquise Ne se peut-il que des foyers inflammatoires, nés sous une influence diathésique et ne représentant à leur origine qu'un mode de réaction imparfaite d'économies débilitées, indifférents par conséquent à leur naissance, acquièrent ultérieurement des propriétés irritantes et infectieuses, soit par suite des transformations survenues dans leur contenu, comme le pensait Bühl, soit en fournissant par leur constitution un terrain propice au développement d'un certain nombre de germes capables de reproduire les accidents d'infection obtenus par les inoculateurs? La diathèse préparerait le terrain où pourrait se développer le principe infectieux.

En résumé, l'unité de la tuberculose a été proclamée au nom de l'anatomie à une époque où le tubercule était considéré comme une tumeur comparable au cancer et autres tumeurs malignes; aujourd'hui les lésions de la tuberculose paraissent rentrer dans le cadre des inflammations et la spécificité anatomique du tubercule est contestée : c'est au nom de l'étiologie, c'est en se basant sur le résultat des inoculations et en considérant les affections dites tuberculeuses comme les manifestations variables d'une même intoxication qu'on s'efforce de les maintenir groupées.

L'existence d'une tuberculose infectieuse, virulente, parasitaire, peut être regardée comme probable; elle est séduisante pour certaines formes de phthisie à marche rapide et peut-être contagieuses; mais les résultats des inoculations ne sont pas assez caractéristiques pour qu'on soit dès aujourd'hui autorisé à grouper en un seul faisceau tous les accidents tuberculeux et scrofuleux infectieux à l'inoculation et à en faire les manifestations multiples d'une même intoxication; la spécificité causale des inflammations tuberculeuses et strumeuses est pour beaucoup d'entre elles tout aussi contestable que leur spécificité anatomique; le rôle relatif de l'infection et des états diathésiques dans la genèse de ces phlegmasies reste encore à établir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Seance du 9 *mai* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend une lettre de M. le Dr Grison, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté relatif aux fonctions de peau. Le dépôt de ce pli est accepté.

M. Bergeron présente : 1° de la part de M. A.-J. Martin, secrétaire général adjoint de la Société de médecine publique, un travail sur l'organisation de la médecine publique en France ; 2° de la par

de M. Drouineau (de La Rochelle), un travail sur l'organisation de l'hygiène dans chaque département.

M. Brouardel présente, de la part de M. Napias, un manuel d'hygiène professionnelle.

M. Giraud-Teulon présente, en son propre nom, une revue critique d'un travail de M. Donders sur les systèmes chromatiques. (Extrait des *Annales d'oculistique.*)

M. Marjolin présente, de la part de M. Dumesnil, un travail sur la cité des Kroumirs (XIII[e] arrondissement).

M. Lasègue présente, de la part de M. Joal, un travail intitulé : *Des rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez.*

M. Larrey présente : 1° un travail posthume de Chassaignac *sur les abcès des os* ; 2° de la part de M. Ch. Fauvel, l'*histoire d'une balle retrouvée dans le larynx dix ans après son entrée dans la tête.*

Élection. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre correspondant national dans la deuxième division (pathologie chirurgicale).

La commission avait présenté les candidats dans l'ordre suivant : En 1[re] ligne, M. Bourguet (d'Aix) ; en 2[e] ligne, M. Delore (de Lyon) ; en 3[e] ligne, M. Michel (de Nancy) ; en 4[e] ligne, M. Sarrazin (de Bourges) ; en 5[e] ligne, M. Cazin (de Berk-sur-Mer) ; en 6[e] ligne, M. Spillmann (d'Alger).

Sur 70 votants, majorité 36, les voix se sont ainsi réparties au premier tour : M. Sarrazin, 30, M. Bourguet, 23, M. Cazin, 9, M. Michel, 6, M. Delore, 1, M. Spillmann, 1.

Au second tour de scrutin, sur 66 votants, majorité 34, M. Sarrazin est nommé par 44 voix contre 19 données à M. Bourguet, 2 à M. Cazin et 1 à M. Michel.

Du divorce chez les aliénés. — *M. Blanche* a été appelé devant la commission du divorce pour donner son avis sur le point de savoir si la folie devait être considérée comme une cause de divorce. Sa réponse formelle a été non.

La folie est la maladie la plus terrible qui puisse frapper non seulement un malade, mais ceux qui l'entourent. Dans un grand nombre de cas, on pourrait éviter ce malheur si, dans la préparation des mariages, on ne laissait pas dominer les raisons de santé par des raisons de nom et de fortune. On pourrait éviter ce malheur dans les cas de folie congénitale, d'imbécillité, d'idiotie, d'affections héréditaires dans la famille ; ces signes devraient au moins suffire pour provoquer des conseils ; le péril pourrait alors être signalé.

Un jeune homme s'est préparé par ses études à une position quelconque, il lui faut une dot ; on lui propose une jeune fille dans la famille de laquelle il y a des aliénés, et qui elle-même présente des bizarreries de caractère. Cette jeune fille est prédisposée à l'aliéna-

tion mentale. Avec le mariage indissoluble, cela donne à réfléchir; avec le divorce, aucune considération ne peut plus arrêter.

Les maladies encéphaliques avec paralysie sont incurables; une extrême réserve est commandée au médecin pendant toute la durée de ces maladies au point de vue légal. Si pendant la période de folie du mari la femme obtient le divorce, quelle sera la position de celui-ci s'il revient à la santé? En dehors même des cas de guérison, l'aliéné trouve dans les visites et dans les soins de sa femme des consolations dont on ne saurait le priver.

Quelques maladies chroniques et incurables peuvent cependant laisser aux malades de longs intervalles lucides. Une lypémaniaque a guéri après avoir passé quinze ans dans un asile; que serait-il arrivé si après sa guérison on avait dû lui dire que son mari avait divorcé et qu'une autre portait son nom?

La folie circulaire peut également donner lieu à des erreurs de pronostic funestes.

Le divorce peut être demandé d'un commun accord par les deux époux, ou par l'un d'eux contre l'autre; dans ce cas il faut plaider, mais dans tous les cas de procès concernant un aliéné celui-ci ne peut se défendre; si le divorce est prononcé et si le malade guérit, il se trouve plus tard divorcé sans le savoir.

Cela se passe ainsi pour l'interdiction, mais l'interdiction peut être levée si le malade guérit; au contraire, le divorce est une mesure irrévocable.

La commission de la Chambre des députés a adopté l'opinion de MM. Blanche, Charcot et Magnan et a abandonné l'amendement autorisant le divorce des aliénés.

Acné chéloidique. — *M. Vérite* présente le dessin d'un acné chéloïdique. M. Vérité établit le diagnostic différentiel avec le molluscum, l'acné pilaris, le sycosis, l'épithélioma, les syphilides et les scrofulides tuberculeuses. L'acné chéloïdique peut disparaître spontanément, mais le plus souvent, arrivé à un certain état, il persiste et constitue alors une simple difformité.

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Le-Roy de Méricourt sur les modifications à apporter dans l'organisation de la section des membres associés libres.

BIBLIOGRAPHIE

Barèges et ses eaux minérales, par *M. le Dr Grimaud*, ancien inspecteur des Thermes de Barèges, membre de la Société d'hydrologie, etc. — In-8° de 130 pages.

La station de Barèges, sur laquelle le Dr Grimaud nous offre un

petit volume résumé très précis d'une longue pratique, est de celles dont la spécialisation est aussi formelle que possible. Tout le monde connaît, et depuis plus d'un siècle, l'action des eaux de Barèges dans le traitement des suites de traumatisme, fractures, luxations, entorses, etc.; la cure des plaies d'armes à feu a rendu son nom pour ainsi dire proverbial. Mais ce qu'on sait moins, et ce que met parfaitement en lumière le Dr Grimaud, c'est que Barèges a une efficacité de premier ordre dans toutes les manifestations lymphatiques et scrofuleuses; on pouvait s'y attendre d'après la manière étonnamment rapide dont les lésions osseuses y sont modifiées et guéries, quand la guérison est possible.

Si l'on cherche la cause de cette suprématie de Barèges dans l'ordre thérapeutique, nous trouvons une sorte d'explication, bien incomplète toutefois, dans la fixité du principe sulfureux qui se trouve seulement à Barèges, comme l'a reconnu M. Filhol. L'eau des piscines, même après une longue exposition à l'air libre, est aussi limpide qu'avant, tandis que dans les autres eaux sulfurées sodiques, les eaux louchissent immédiatement, c'est-à-dire laissent précipiter le soufre. De là certainement une plus grande énergie d'action de l'élément minéralisateur à Barèges.

Le système nerveux, sur lequel les eaux de Barèges exercent une influence des plus vives, devait offrir, dans ses diverses manifestations périphériques ou centrales, un vaste champ d'action à ces puissantes sources. Le Dr Grimaud insiste beaucoup sur leur grande efficacité dans les paralysies d'origine rhumatismale, myélites chroniques, mais dépourvues d'érétisme, atrophies musculaires, paralysies saturnines, etc.; tout ce qui est cérébral doit être exclu de leur sphère.

Je ne parle que pour mémoire des vieux rhumatismes avec amaigrissement musculaire, raideur articulaire, etc.; ce sont là des cas types dans lesquels Barèges est souverain.

M. Grimaud consacre une partie importante de son travail à l'étude des dermatoses qui semblaient, il y a trente ans, la propriété exclusive de Barèges, et que les études systématiques de l'école de Saint-Louis lui ont enlevée en grande partie. Ici, comme en toute rénovation, il y a un bon et un mauvais côté. Le bon côté, suivant M. Grimaud, consiste à adresser la dartre aiguë et dévorante à d'autres thermes, la violence du prurit et l'agitation du système nerveux étant de mauvaises conditions pour une cure à Barèges. Le mauvais côté est celui qui dissémine les dermatoses, de quelque origine qu'elles soient, sur toutes les stations, excepté sur une station à principe sulfureux type dont l'action sur le tégument cutané est manifestement résolutif et spécial.

Nous en avons dit assez pour faire comprendre l'intérêt qui s'atta-

che à la lecture du livre de M. le Dr Grimaud ; il nous fait voir sous un jour vrai et nouveau une eau minérale célèbre, à laquelle on ne rend pas toute la justice voulue, car la transformation complète opérée depuis quelques années dans son installation balnéaire ne laisse plus rien à désirer. En outre l'altitude, qui est de 1,200 mètres, est éminemment favorable aux constitutions où la circulation est languissante.

On éprouve un vif intérêt à la lecture de l'ouvrage de M. le Dr Grimaud, écrit avec conviction et avec l'autorité qui s'attache aux travaux d'un médecin qui a parcouru une carrière des plus honorables et des plus respectées dans la pratique des Eaux minérales.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de chirurgiens du Bureau central.* — Par suite de la démission de M. Berger, retenu par un deuil de famille, le jury du concours est ainsi définitivement composé : MM. Le Dentu, Duplay, Lannelongue, Panas, Richet, Terrier, Terrillon, Tillaux et Gombault.

Le concours a commencé le lundi 8 mai.

Concours pour trois places de médecins du bureau central. — La dernière épreuve d'admissibilité a eu lieu hier à la Charité. Sont admis à subir les épreuves définitives, les dix candidats suivants : MM. Barié, Barth, Brissaud, Déjerine, Gombault, Letulle, Merklen, Moizard, Oulmont, Renaut.

Nécrologie. — Le Dr Albert-Maximin Cahours, chevalier de la Légion d'honneur et de l'Ordre de Charles III d'Espagne, est décédé à Londres, le 19 avril 1882, dans sa 51e année, et a été inhumé à Savigny-le-Vieux (Manche).

M. Oscar Guy, externe à l'hôpital Laënnec, vient de succomber à la fièvre typhoïde contractée dans le service auquel il était attaché.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie V.-A. Delahaye et E. Lecrosnier, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Etude sur la syphilis pulmonaire, par le Dr Carlier. 1 vol. in-8. 3 fr.

Traitement et curabilité de la phthisie pulmonaire par l'électricité, par le Dr Alavoine. 1 vol. in-8. 1 fr. 50

Notes de clinique médicale, par le Dr Henrot. Huitième année. 1 vol. in-8. 1 fr. 50

De l'écriture en miroir, étude sur l'écriture de la main gauche dans ses rapports avec l'aphasie, par le Dr Durand. 1 vol. in-8. 1 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 36 SAMEDI 13 MAI 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 56. Samedi 13 Mai 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Un cas de grossesse triple.

Par le Dr CHARPENTIER.

Professeur agrégé à la Faculté.

Si les grossesses gémellaires sont relativement fréquentes, il est loin d'en être ainsi des grossesses triples, et à plus forte raison des grossesses quadruples et quintuples, comme il résulte de toutes les statistiques. En effet, Veit (Monat. f. Geburt., 1856) sur 13,360,375 accouchements notait :

149,964 grossesses gemellaires. . . . . 1 : 89
1,649 grossesses triples . . . . 1 : 7910
36 grossesses quadruples . . . . . 1 : 371126

En 1871, Wappeus et Kleinwachter donnaient sur 19,698,322 accouchements représentant 19,980,556 enfants (Kleinwachter, Zur Lehre von den Zwillingen, Prag. 1871) :

19,468,832 grossesses simples. . .
226,807 grossesses doubles. . .
2,623 grossesses triples. . . . = 1 : 7,598
59 grossesses quadruples.
1 grossesse quintuple. .

Paul Dubois de son côté, d'après Tarnier, sur 484,550 accouchements recueillis en France, en Angleterre et en Allemagne n'a rencontré que 78 cas d'accouchements triples, c'est-à-dire 1 : 6,212.

Il y a donc intérêt à signaler les cas qui peuvent se rencontrer et c'est ce qui nous engage à publier le suivant dont nous avons été témoin il y a quelques jours.

Le lundi 24 avril, à 7 heures du soir, M. le Dr Freulet nous demandait de venir l'assister à Courbevoie auprès d'une malade en travail depuis le samedi 22 dans la matinée, et dont les douleurs, nous disait la lettre d'appel, étaient arrêtées depuis le lundi à midi. Nous nous y rendîmes à 9 heures du soir et voici les renseignements que nous obtînmes depuis de la malade.

Femme grande, de forte stature. Primipare de 20 ans 1/2, d'une santé superbe. Réglée à 13 ans 1/2 sans difficulté et régulièrement. Mariée à 18 ans 1/2; continuation régulière des règles jusqu'au 16 juillet 1881 où les règles parurent pour la dernière fois. Sa mère a eu 16 enfants, ses frères et sœurs mariés ont des enfants, mais dans aucune des branches de sa famille il n'y a eu de grossesses gémellaires. Du

côté du mari, qui est lui-même fort et vigoureux, une arrière-grand-mère, seule, a eu deux jumeaux. La grossesse a été régulière, sauf quelques vomissements au début. Mais ce qui a frappé cette jeune femme c'est le développement considérable de son ventre qui, dès le début de sa grossesse, a dépassé les proportions ordinaires, et qui s'est accompagné dans les derniers mois d'un œdème toujours croissant des membres inférieurs, des organes génitaux et des parois du ventre.

Pas d'albumine dans les urines.

Le samedi 22 avril, à terme par conséquent, à 9 heures du matin, la malade est prise des premières contractions utérines qui sont suivies presque immédiatement d'un écoulement notable de liquide amniotique. Ces contractions se succédèrent, mais lentes, irrégulières, très pénibles, et elles n'amenèrent que très lentement la dilatation du col, car celle-ci ne fut complète que dans la matinée du lundi 24 après quarante-cinq heures de travail. L'enfant qui se présentait en O I G A ne franchit le col que vers 1 heure de l'après-midi, et à partir de ce moment, les contractions utérines disparurent complètement, la tête restant fixée dans la moitié supérieure du vagin sans faire aucun mouvement de progression.

J'arrive près de la malade à 9 heures du soir, et voici ce que je constate :

Un volume énorme du ventre avec une infiltration considérable des membres inférieurs, s'étendant aux parties génitales, la vulve, extrêmement distendue, semble reportée très en arrière. Mais ce qui frappe, c'est l'état du ventre. Ce ventre énorme, excessivement tendu, est infiltré d'une façon telle qu'il rend le palper absolument nul. Au-dessus du pubis, un œdème sus-pubien énorme, forme une véritable poche, un sac qui retombe jusque sur les cuisses, et le reste des parois abdominales est œdématié au suprême degré. L'œdème remonte jusqu'au creux épigastrique et jusque dans les flancs. M. le Dr Freulet a pourtant pu entendre les battements du cœur fœtal à gauche deux heures avant mon arrivée. Écoulement de liquide amniotique sans méconium.

L'état général semble relativement satisfaisant (la malade a mangé un potage à 7 heures) ; mais il est, en réalité, beaucoup moins bon. Le potage a été rejeté quelques minutes après son ingestion et le pouls est à 124. La peau est chaude. La malade est pourtant debout quand j'arrive pour lui donner mes soins.

La femme se couche et je pratique le toucher. Je constate une présentation O I G A avec une bosse sanguine notable ; une rotation parfaite de la tête qui se trouve arrêtée dans la moitié supérieure du vagin et y semble fixée par un obstacle, car il est impossible de lui imprimer le moindre mouvement de latéralité.

Je procède à une application de forceps qui est très simple, très

facile et j'extrais une fille du poids de 2 k. 680 grammes, bien vivante et qui respire et crie immédiatement.

Le petit volume relatif de l'enfant vient encore donner une confirmation aux soupçons de grossesse gémellaire qu'avait éveillés le volume énorme du ventre et je procède alors à un examen plus détaillé de la malade.

Le ventre reste énorme malgré la sortie de ce premier enfant, et quoique le palper ne soit pas beaucoup plus facile je parviens pourtant à constater nettement la présence d'un second enfant dans la cavité utérine sans pouvoir reconnaître la présentation. J'attends dix minutes et au bout de ce temps je procède de nouveau au toucher. (Inutile de dire qu'une double ligature a été posée sur le cordon qui a été sectionné entre les deux.) Je constate alors, en effet, la présence d'un second enfant en céphalo-iliaque gauche de l'épaule gauche. La tête de l'enfant est à gauche, le plan antérieur en avant, mais le toucher m'apprend de plus qu'il existe un troisième enfant. Je sens, en effet, derrière et au-dessus de ce second enfant dont les membranes sont intactes, une seconde poche amniotique également intacte et un autre fœtus dont la tête se trouve du côté droit, au niveau de l'angle supérieur droit de l'utérus, et dont le tronc semble parallèle à celui de l'enfant qui est situé en avant de lui.

Profitant de ce que ma main se trouve dans la cavité utérine, je romps la première poche amniotique, je saisis sans difficulté les pieds du fœtus et j'amène rapidement une deuxième fille du poids de 2 k. 470 grammes, qui naît un peu asphyxiée, mais que quelques frictions sèches ramènent immédiatement à la vie, et qui ne tarde pas à crier vigoureusement.

J'attends encore dix minutes, et au bout de ce temps je vais à la recherche du troisième enfant. Il se présente de même par l'épaule, mais en céphalo-iliaque droite de l'épaule gauche, c'est-à-dire la tête à droite et le dos en avant. Je romps de même les membranes, je saisis un pied et me contentant cette fois de ce pied, j'amène de même et sans difficulté une troisième fille du poids de 2 k. 580 qui crie immédiatement et respire largement.

Malgré mes craintes, aucune hémorrhagie ne se produit et j'attends alors patiemment la délivrance. Les contractions utérines ne se réveillant pas, je frictionne, je masse assez vigoureusement, quoique avec prudence, l'utérus et je tire doucement sur les trois cordons réunis. Je sens que les tractions exercées sur deux de ces cordons donnent des résultats, le troisième, qui est celui du dernier enfant, résiste. Je l'abandonne donc et, la main gauche placée sur le fond de l'utérus que je sens se durcir sous mes doigts, je tire de la main droite sur les deux cordons des deux premiers enfants, et j'amène sans difficulté un placenta énorme composé d'une seule masse offrant,

deux loges distinctes et présentant deux amnios et deux chorions. Les deux fœtus étaient donc contenus chacun dans une loge distincte.

J'essaie quelques tractions sur le troisième cordon, mais il résiste et ce n'est que cinq minutes plus tard que je puis extraire le délivre qui vient sans difficulté à l'aide des tractions exercés sur le cordon.

Les opérations, forceps et double version, ont demandé une demi-heure. La délivrance a été opérée un quart d'heure après la sortie des deux premiers enfants pour le premier placenta double, 20 minutes après pour le second délivre.

La femme n'a pas perdu pendant l'extraction des enfants et les deux délivrances plus de 150 gr. de sang.

Les enfants pèsent donc ensemble 7,720 grammes, c'est-à-dire 15 livres et demie. Je puis approximativement fixer le chiffre des délivres à 1,600 grammes, ce qui fait donc en tout près de 19 livres.

Aujourd'hui 5 mai. Les trois enfants vont très bien, ils ont pris le sein dès le lendemain, et tout fait supposer qu'ils survivront. Malheureusement il n'en a pas été de même pour la mère. L'état fébrile, après être resté modéré jusqu'au quatrième jour, a pris alors une intensité considérable. Le ventre s'est ballonné et est devenu sensible. Des eschares gangréneuses se sont détachées, les lochies sont devenues fétides, des signes incontestables d'infection putride sont survenus, et la femme a succombé le sixième jour avec tout les symptômes de la métrite gangréneuse et de l'infection putride, malgré le sulfate de quinine et la médication antiseptique la plus sévère.

Il nous faut maintenant revenir sur les détails de cet accouchement et voir les particularités qu'il a présentées, chercher à quoi ont tenu les difficultés, et si l'on peut rendre la manœuvre opératoire responsable de l'issue funeste, ou si, au contraire, on ne peut trouver l'explication de la mort de la malade dans la marche même du travail.

Au point de vue de l'accouchement lui-même et de ses particularités, notons d'abord ce fait : trois filles; or, il résulte des statistiques de Veit que dans les cas de grossesse triple, le plus souvent les enfants sont de sexe différent et que dans les cas ou ils sont de même sexe, ils sont le plus souvent du sexe masculin.

Sur 1,689 grossesses triples, Veit a trouvé :

Même sexe. 768 fois	3 garçons	409 fois.
	3 filles	359 —
Sexe différent. 921 fois	2 garçons, 1 fille	501 fois.
	2 filles, 1 garçon	420 fois.

Ces trois enfants ont été alimentés par deux délivres, l'un à poche double, l'autre unique, et Puech en 1873 sur 50 cas a noté :

3 placentas.........	8 fois.
2 placentas.........	15 —
1 placenta	27 —

La femme était allée jusqu'au terme de la grossesse, fait exceptionnel, les accouchements prématurés étant la règle chez les primipares surtout et la grossesse triple se terminant généralement du septième au huitième mois.

Ajoutons enfin que dans ce fait l'hérédité ne semble avoir joué aucun rôle. Il n'y a pas de grossesse gémellaire dans les ascendants ou les collatéraux de la mère, et ce n'est que dans la famille du mari et encore chez une arrière-grand-mère qu'on trouve un cas de grossesse gémellaire.

Enfin un des enfants se présentait par le sommet et deux par l'épaule ; tous deux par l'épaule gauche, mais l'un avec la tête à gauche, le second; l'autre, le troisième, avec la tête à droite.

Il nous reste maintenant à examiner quelle a été dans ce cas la cause de dystocie et si cette cause n'a pas pu à elle seule être la vraie raison de la mort de la mère. En un mot, est-ce dans le manuel opératoire, dans le traumatisme déterminé par cette triple opération, forceps et version double, qu'il faut chercher la cause de la mort, ou bien cette mort ne peut-elle s'expliquer d'une autre façon? Notre opinion peut à la rigueur être taxée de partialité, puisque c'est nous qui avons opéré, mais nous croyons que les particularités seules de l'accouchement, et la nature des accidents qui ont emporté la malade, suffisent à expliquer la mort, et que le traumatisme déterminé par ces trois opérations successives n'est entré que pour une bien petite part dans cette triste scène pathologique.

Voici sur quoi nous basons notre opinion :

1° Tout d'abord en ce qui concerne la cause de dystocie, elle n'est pas dans ce cas aussi simple qu'elle le paraît au premier abord.

Il y a eu, il est vrai, arrêt des contractions utérines; cet arrêt des contractions utérines a bien empêché la progression du premier enfant, mais là n'était pas la seule cause de la cessation du travail.

Si, en effet, le premier enfant se présentait par le sommet, la présentation était loin d'être aussi régulière qu'elle le paraissait, et il existait à la sortie de cette tête un obstacle qui nous a échappé dans notre examen, mais qui en réalité a pu contribuer et d'une façon incontestable à l'arrêt de cette tête. C'est, nous ne pouvons pas dire la procidence d'un bras, car ce bras n'était pas perceptible dans le vagin entre la tête et la paroi vaginale, mais l'arrêt d'un bras, par la tête du deuxième enfant. Lorsqu'en effet on examine le premier enfant,

on constate sur la partie supérieure du bras gauche, et presque sur l'épaule, une trace rouge livide, siégeant sur un point déprimé, et qui semble indiquer que cette région a été comprimée entre deux corps solides et résistants. Or, le premier enfant se présentait en O. I. G. A., le deuxième en céphalo-iliaque gauche de l'épaule gauche. Le bras gauche de l'enfant se trouvait donc du côté gauche et il est probable qu'il a été à un moment donné comprimé entre la tête du deuxième enfant et la tête du premier, et qu'il a ainsi opposé un obstacle à la descente du fœtus à qui il appartenait. Cela explique pourquoi la tête était restée si longtemps arrêtée à la partie supérieure du vagin et de l'excavation, et comment cette partie du vaginal été soumise à une compression suivie d'eschares qui ont été, selon nous, le point de départ des accidents qui ont enlevé la malade.

2° La femme portait dans son sein trois enfants et deux délivres dont le poids représente à peu près 19 livres. La distension de cet utérus était énorme, et il y a eu là évidemment des modifications de tissu qui ont bien pu prédisposer à la gangrène et qui peuvent encore contribuer à expliquer la terminaison funeste.

3° Enfin la rupture de la première poche fœtale a eu lieu le samedi et ce n'est que quarante-cinq heures après que la dilatation s'est complétée. Il y a donc eu là un travail très long qui a déterminé chez la femme un surmenage dont les traces se décelaient par l'accélération du pouls, 124, et la fièvre dont elle était déjà atteinte lors de notre arrivée.

4° L'état d'infiltration énorme des tissus qui les prédisposait à la gangrène.

5° Enfin le séjour prolongé de la tête en contact avec la même région du vagin. C'est à 1 heure que la tête a franchi le col. C'est à 9 heures seulement que nous avons pu intervenir et encore non sans opposition de la part de la mère qui voulait absolument que l'on attendît la terminaison naturelle de l'accouchement et qui s'est opposée à ce que notre confrère nous prévînt plus tôt, malgré toutes les raisons qu'il lui donnait. La tête est donc restée en contact avec le vagin pendant huit heures, et la compression exercée pendant si longtemps n'a-t-elle pas été la cause déterminante de cette gangrène qui a emporté la malade ?

Quant aux manœuvres en elles-mêmes, peut-on les incriminer? Encore une fois nous ne le croyons pas. Application de forceps, versions, toutes ont été aussi simples que faciles. Chacune des opérations n'a pas demandé plus de deux ou trois minutes, et en réalité il n'y a pas eu de traumatisme. Les délivrances ont été simples, faciles, naturelles, et si les manœuvres peuvent entrer en ligne de compte, c'est suivant nous uniquement par ce fait que nous avons dû opérer à tra-

vers un canal génital déjà profondément altéré par le fait des compressions exagérées qu'il a supportées si longtemps.

Pouvait-on agir autrement, fallait-il avoir recours à la version par manœuvres externes, et attendre patiemment le réveil des contractions utérines et l'expulsion spontanée des deux enfants? Pour notre part nous ne le croyons pas; en présence de l'état de fatigue de la mère, des facilités que nous offrait la version podalique, nous n'avons pas cru devoir hésiter à la débarrasser le plus rapidement possible. L'issue fatale pour la mère semble nous donner tort, et pourtant notre conscience nous dit que nous avons agi comme nous devions, et, si pareil cas se représentait à nous, nous serions disposé à agir de même, sûrs de nous conformer au précepte dont on ne doit jamais s'écarter: fais ce que dois, advienne que pourra.

REVUE DE LA PRESSE FRANÇAISE

Du traitement du goitre suffoquant. — Le traitement médical (iode *intus et extrâ*, l'électrothérapie, les douches fines) n'a de chances de réussir que dans les goitres hypertrophiques glandulaires et quelquefois dans la tumeur cystique de date récente, petite, molle et superficielle.

Quand le goitre est rétro-sternal, mobile, le chirurgien doit rechercher si la tumeur peut être relevée avec les doigts et si cette nouvelle position remédie aux accidents. Dans ce cas, s'il est sûr de son observation, il devra s'appliquer à retenir la tumeur dans cette position, soit au moyen de quatre épingles enfoncées dans le goitre, comme le fit Bonnet, soit au moyen du drain métallique spécial de Ch. Fauvel. Les deux procédés constituent la « suspension » du goitre.

Quand le goitre est cystique et qu'il ne présente pas de danger immédiat de suffocation, l'opérateur choisira entre: 1° la ponction sous-cutanée, qui n'est que palliative: 2° la cautérisation, qui occasionne toujours de vives douleurs, prolonge beaucoup le traitement, et laisse des cicatrices désagréables; 3° l'injection iodée, qui occasionne, pendant quelques jours après l'opération, un gonflement quelquefois dangereux de la tumeur; 4° l'injection iodée, interstitielle ou sous-cutanée, suivant la méthode de Luton ou de Velpeau; 5° le drainage métallique suivi du drainage élastique.

Dans le goitre *solide*, après avoir essayé le traitement interne, on n'aura à choisir qu'entre l'injection interstitielle et le drainage. Dans les goitres anciens à enveloppes dures, on pourra essayer le drainage avec injections iodées.

Dans le cas particulier de goitre *vasculaire*, on pourra tenter la li-

gature de la thyroïdienne, ou songer aux injections interstitielles de perchlorure de fer.

Quand le goitre cystique occasionne des accès fréquents de suffocation et empêche tout travail, il faudra ponctionner si le kyste est mou et superficiel, exciser s'il est dur, plus profond, mais drainer dans les deux cas.

Si le goitre est solide, l'extraction du corps thyroïde est la seule ressource.

Si les accidents sont subits et menacent d'un moment à l'autre la vie du malade, le premier traitement est la trachéotomie. Le chirurgien pourra ensuite choisir à son aise le traitement définitif.

L'ignipuncture et les injections interstitielles de chlorure de zinc ont donné dans ces derniers temps de bons résultats, que des essais plus nombreux viendront peut-être prochainement mettre en pleine lumière. (Dr Ch. Donon, *Thèse de Paris* 1880.)

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 *mai* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé.

M. Trélat donne des nouvelles d'une malade qu'il a opérée, il y a déjà quatre semaines, d'une fistule recto-vaginale. Un examen attentif lui a fait reconnaître que la guérison était complète. C'est donc le second cas de guérison que l'habile chirurgien vient d'obtenir par le procédé qu'il a préconisé devant la Société de chirurgie. On se souvient du procédé de M. Trélat que nous avons décrit ici même dans un précédent numéro. Il consiste, en somme, à faire autour de l'orifice vulvaire de la fistule un avivement triangulaire, éloigné de 12 millimètres des bords de la fistule, et à réunir sur la ligne médiane comme dans l'opération de la périnéorrhaphie pour déchirure incomplète du périnée.

Températures locales des articulations a l'état normal et pathologique, par M. Redard, rapport. — *M. Nicaise.* L'auteur s'est servi, pour rechercher ces températures locales, des appareils thermo-électriques. A l'état normal, la température varie suivant le degré de vascularisation de la région. Elle est plus élevée du côté de la flexion que du côté de l'extension. Il existe en outre des variations de plus de 4 à 5 degrés suivant la température ambiante.

Quant aux températures étudiées dans l'état pathologique, leur étude présente de grandes difficultés pour les articulations profondes. Cependant M. Redard pense que dans l'entorse, par exemple, l'élévation de température persiste même après les phénomènes douloureux. Dans l'hydarthrose, il existerait une élévation de température

alors même qu'on ne trouve aucun autre signe d'inflammation. Enfin, dans l'ankylose, l'étude de la température locale pourrait donner des indications précieuses au point de vue du traitement. On pourra mobiliser sans danger les articulations lorsque la température sera redevenue normale.

En résumé, dit M. Nicaise, les résultats auxquels arrive M. Redard sont tout à fait en rapport avec les données fournies par la clinique. Cette méthode pourra donner un plus grand degré de précision à l'étude des maladies articulaires.

Opération césarienne, suivie d'opération de Porro, pour bassin oblique ovalaire. — *M. Guichard* (d'Angers). La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de 25 ans, et mesurait seulement 1 m. 08 ; elle présentait une cyphose considérable, occupant surtout la partie inférieure de la région dorsale. Arrivé au terme de la grossesse, l'utérus avait basculé en bas et en avant, et formait une grosse tumeur en besace, descendant presque jusqu'aux genoux. Le toucher vaginal, rendu très difficile, fit reconnaître un rétrécissement oblique ovalaire du détroit supérieur, mais l'obstacle le plus considérable siégeait au niveau du détroit inférieur dont le diamètre transversal mesurait seulement 4 centimètres.

Le chirurgien fit l'opération césarienne et put extraire un enfant bien conformé, qui a survécu. Immédiatement après on fit l'excision d'une partie de l'utérus et le pédicule fut suturé à la paroi abdominale. Les règles de la méthode antiseptique ont été suivies avec la plus grande rigueur. Le lendemain, il y eut une petite hémorrhagie et on fut obligé de faire une suture élastique sur le pédicule. La malade mourut le troisième jour après l'opération, avec des phénomènes de péritonite.

M. Guichard présente le squelette de cette femme; il est remarquable pour la courbure considérable de la colonne vertébrale et par la forme du petit bassin.

Ostéotomie du tarse dans les pieds bots invétérés. — *M. Beauregard* (du Havre). Cette opération, pratiquée un assez grand nombre de fois à l'étranger, surtout en Allemagne et en Angleterre, n'a pas été acceptée en France par beaucoup de chirurgiens. On ne connaît guère que les observations de M. Poinsot et celles de M. Verneuil.

M. Beauregard a eu l'occasion de pratiquer trois fois cette opération qui lui a donné de bons résultats. Il pense que, grâce à la méthode antiseptique, l'ostéotomie ne présente pas de graves dangers. La résection partielle porte seulement sur les os de la deuxième rangée du tarse : dans beaucoup de cas, l'extraction du cuboïde peut suffire. Pour se mettre dans les meilleures conditions de succès, il faut d'abord sectionner le tendon d'Achille.

FRACTURE DU CRANE. — *M. Schwartz*. La fracture siégeait au niveau de la région pariéto-occipitale gauche. Tout d'abord il n'y eut que du coma qui dura peu de temps. Le lendemain, on put constater une hyperesthésie de tout le côté droit du thorax. Cinq jours après l'accident, apparition d'une hémiplégie droite qui occupe surtout la face et le membre supérieur.

La plaie étant agrandie, on reconnaît qu'il existe un enfoncement des os du crâne, formé par deux fragments réunis en angle dont l'arête s'enfonçait dans la substance cérébrale.

On fit, avec beaucoup de difficultés, l'extraction de ces fragments et, les jours suivants, on put reconnaître la disparition graduelle de l'hémiplégie droite.

Vers le quinzième jour, le malade est pris de variole, qui reste très bénigne.

Deux mois environ après l'accident, le malade fait une chute et tombe précisément sur la cicatrice de la partie latérale du crâne. Les jours suivants, il a des phénomènes d'encéphalo-méningite aiguë. on ouvre la cicatrice et on tombe sur un abcès du cerveau. Le malade meurt le soir même.

A l'*autopsie*, on trouve un énorme abcès occupant une partie du lobe gauche et s'enfonçant dans le ventricule latéral.

Au point de vue de la marche clinique, cette observation est très intéressante en ce qu'elle montre les phénomènes fonctionnels ne survenant que quelques jours après l'accident, et l'hémiplégie disparaissant progressivement après l'extraction des fragments osseux.

DE LAPERSONNE.

BIBLIOGRAPHIE

RAPPORT SUR LES EAUX THERMALES D'AIX-EN-SAVOIE pendant l'année 1880, par le Dr *L. Blanc*, médecin-inspecteur des eaux d'Aix. In-8°, 46 p. Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1882.

M. Blanc est un des rares inspecteurs d'eaux minérales qui ne considèrent pas l'inspectorat comme une sinécure et cherchent à faire bénéficier la science thermale des avantages qu'ils doivent à leur titre. L'auteur ne se contente pas du rapport officiel, destiné à enrichir les cartons de l'Académie de médecine ; il tient à faire connaître au public médical les améliorations qui ont été apportées à l'établissement thermal avant l'ouverture de la saison de 1881 et les résultats de sa pratique pendant l'année 1880.

L'auteur décrit l'établissement thermal et ses ressources balnéaires, puis il donne l'analyse de l'eau et rappelle ses divers modes d'emploi; mais la partie de beaucoup la plus importante de cette

brochure est celle dans laquelle M. Blanc reproduit la statistique des malades qu'il a soignés pendant l'année 1880 et formule les indications de ces eaux.

Au premier rang des maladies traitées à Aix, se trouve le rhumatisme sous toutes les formes, ainsi que ses complications : névralgies, affections laryngiennes et bronchiques, affections cardiaques, etc. M. Blanc aurait même obtenu, ainsi que M. Vidal, des guérisons d'affections cardiaques chez des rhumatisants.

Non content des lauriers que se sont acquis les eaux d'Aix dans le traitement des affections de nature rhumatismale, M. Blanc revendique pour cette station le traitement de la syphilis et des bronchites même de nature tuberculeuse. Dans le traitement de la syphilis, il est vrai, l'action de l'eau d'Aix est soutenue par un traitement spécifique vigoureusement dirigé.

Les métrites sont souvent des complications rhumatismales ; l'emploi des bains d'Aix est dans ces cas spécialement indiqué. Il en est de même de quelques affections nerveuses.

Nous citerons enfin, parmi les affections pour lesquelles M. Blanc propose l'emploi des eaux d'Aix, les contusions, les fractures et les plaies, les affections cutanées arthritiques, enfin les paralysies.

Deux planches annexées à cette brochure donnent le plan de l'établissement. A. Ch.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 15 au 20 mai 1882.) — *Lundi*, 15. — Doctorat, 1er, dissection : MM. Verneuil, Vulpian et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 3e (ancien rég.) : MM. Regnauld, Gariel et Bourgoin. — 3e (nouveau régime, 1re partie, pathologie externe et accouchements) : MM. Depaul, Guyon et Marchand, — 4e : MM. Bouchardat, Hayem et A. Ollivier. — 5e (Charité) : MM. Potain, Tillaux et Budin.

Mardi, 16. — Doctorat, 1er (ancien régime) : MM. Robin, Laboulbène et Peyrot. — 1er (ancien régime) : MM. Sappey, Ball et Bouilly. — 3e (nouveau régime, 2e partie), pathologie interne et pathologie générale : MM. Peter, Legroux et Troisier. — 5e (Charité) : MM. Pajot, G. Sée et Richelot. — 5e (Charité) : MM. Le Fort, Cornil et Charpentier.

Mercredi, 17. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Trélat, Verneuil et Reclus. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (oral) : MM. Vulpian, Charcot et Cadiat. — 3e : MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 4e : MM. Bouchardat, Hayem et Landouzy. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Potain et Terrillon. — 5e (Charité) : MM. Fournier, Tillaux et Pinard.

Vendredi, 19. — Doctorat, 2e, dissection : MM. Béclard, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er : MM. Vulpian, Hayem et Ch. Richet. — 1er : MM. Trélat, Charcot et Remy. — 3e (nouveau mode), accouchements et pathologie externe : MM. Verneuil, Duplay et Pinard. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Depaul, Bouchardat et Baillon.

Samedi, 20. — Doctorat, 1er : MM. Sappey, Cornil et Berger. — 1er : MM. Robin, Legroux et Peyrot. — 2e : MM. Lasègue, Jaccoud et Hombert. — 4e : MM. Hardy, Brouardel et Raymond. — 5e (Hôtel-Dieu) MM. Richet, Ball et Charpentier. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Laboulbène et Bichelot.

Samedi, 20. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ. — Le journal de Vichy raconte la cure authentique dont suit le récit. Nos lecteurs voudront bien comprendre par quel sentiment de réserve nous supprimons les noms propres. Nous ne voulons pas être suspect de réclame.

« Un événement tout à fait singulier vient de se passer à Londres.

« Il y a quatre ans, un nommé Djem Tish était condamné à cinq ans de prison pour dettes. Il essaya bien d'éviter les recors, mais on finit par le cueillir, et on l'enferma dans la geôle de Clerkenwell.

« Pendant les premiers jours, Tish fut en proie à un désespoir légitime, et pensa très sérieusement à mourir de chagrin. Puis il se consola, et n'ayant rien de mieux à faire, se mit à lire et à manger toute la journée. A manger surtout.

« Dévorer quatre heures par jour sans prendre d'exercice, cela rend forcément obèse l'homme le plus maigre. Et trois ans suffirent à Tish pour devenir tellement énorme, qu'un beau jour il lui était impossible de passer par la porte de sa cellule pour aller prendre l'air.

« Ce fut justement à cette époque que sa famille se décida à payer ses dettes, si bien qu'on reçut l'ordre de le mettre en liberté.

« Impossible ! par quel côté qu'il s'y prît, de face, de profil ou de trois quarts, il ne pouvait sortir.

« Il adressa alors une pétition au gouvernement pour obtenir que sa cellule fût démolie à ses frais. Mais chacun sait qu'en Angleterre on ne peut, ni pour or, ni pour argent, toucher aux immeubles de la reine.

« Le malheureux Tish fût donc resté toute sa vie prisonnier si, un jour, un journal français ne lui était tombé sous les yeux. Ce journal parlait des merveilles opérées par l'eau de X... qui rend la minceur aux plus épais, et qui en fournit l'exemple en la personne de son médecin M. Z...

« Tish était si gros qu'il lui fallut deux mois de traitement pour sortir enfin de sa cellule ; mais depuis quarante-huit heures il est venu se fixer à Paris. (*Gazette des Eaux*.)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

...GT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 57 MARDI 16 MAI 1882

LA

...RANCE MÉDICALE

...UREAUX
...n s'abonne chez
...HAYE et E. LECROSNIER
Place
École-de-Médecine
PARIS

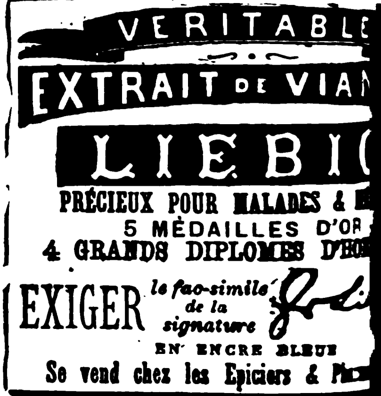
Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

...sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
...uvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
...nnonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE


EN VENTE DANS LES Mons d'EAUX MINÉRALES
EMPLOYÉE DANS LES PRINCIPAUX HOPITAUX
EAU SULFUREUSE
Source
SÉVIGNÉ
APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
AUTORISATION de l'ÉTAT
AGENCE GÉNÉRALE
51 rue Vivienne
PARIS
AFFECTIONS de la GORGE LARYNX ASTHME BRONCHES
MALADIES de la PEAU LYMPHATISME SCROFULE


VÉRITABLE
EXTRAIT DE VIA
LIEBI
PRÉCIEUX POUR MALADES &
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'HO
EXIGER le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Epiciers & Ph

› Année. — Tome I. — N° 57. Mardi 16 Mai 1882

LA FRANCE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. PÉAN.

Psoriasis de la muqueuse vulvaire. Epithélioma.

Par M. F. Jouin.
Interne des hôpitaux.

(Communication à la Société clinique de Paris.)

'out le monde connaît l'affection indiquée par Bazin et longuement rite par M. Debove dans sa thèse inaugurale (Paris 1873) sous le nom psoriasis buccal. Tout le monde également sait que cette affection, ne présente d'ailleurs rien de commun avec le psoriasis de ›eau, devient souvent le point de départ d'épithéliomas de la ré- n.

'observation que j'ai l'honneur de présenter à la Société clinique paraît surtout intéressante en ce sens qu'elle montre qu'un pro- ›us analogue peut se manifester sur d'autres muqueuses de l'or- isme.

a nommée *Gaudin* (Jeanne), domestique, âgée de 44 ans, entre ; le service de M. Péan, salle Sainte-Marthe, lit n° 3, le 31 mars année 1881. Elle est venue, dit-elle, dans le service pour se faire 'er d'une tumeur qu'elle porte à la vulve, et qui la fait souffrir ›is quelques jours. Nous procédons à l'examen de la région. A ›rtie interne et supérieure de la grande lèvre droite se montre d'abord une ulcération évidemment de nature épithéliomateuse, entant la dimension d'une pièce de deux francs et reposant sur fond boursouflé et saignant. La base de l'ulcère est indurée, tte induration s'étend au loin, rayonnant d'une façon assez irré- ›re.

hypothèse d'une ulcération syphilitique ne saurait retenir long- s. Mère de deux enfants bien portants, mariée à un paysan, t toujours vécu à la campagne, la malade en effet ne paraît ja- s'être exposée aux dangers de la contagion.

mais d'ailleurs elle n'a eu de maux de tête ni de maux de gorge; dit-elle, le premier bouton qu'elle voit apparaître sur son corps. puis l'ulcération existe depuis bientôt six mois. Rien donc né et de penser à un chancre ni à aucun accident du même genre.

n'est pas tout. Autour de l'ulcération cancéreuse que nous ob- ›ns, des plaques blanchâtres, fendillées, présentant cet aspect ›é qui caractérise le psoriasis buccal de M. Debove, s'étendent à ou quatre centimètres, recouvrant la muqueuse sur tous les points n sent de l'induration. En dedans elles remontent sur la sur-

face externe de la petite lèvre droite et arrivent jusqu'à son
libre. En haut, elles atteignent presque la région du clitoris.

Sur les points où la muqueuse est à nu, nous la trouvons rou-
framboisée, ses papilles enfin sont évidemment hypertrophiées.

La malade interrogée nous dit que les plaques blanchâtres on
cédé de longtemps l'apparition de l'ulcère. Il y a plus de deux
au moment où nous l'observons qu'elle en a constaté l'existence.
dolentes dans le principe, ou déterminant à peine quelques dé-
geaisons sans importance, elles sont demeurées insensibles et la
pation elle-même ne cause aucune sensation spéciale. Il n'en
pas de même de l'épithélioma : d'abord peu douloureux, il est
devenu le siège de cuissons assez vives.

Aussi la malade, avertie d'ailleurs de la nature de la tumeur, de-
mande-t-elle instamment l'ablation.

Pas de ganglions dans les aines; l'état général est demeuré ex-
lent et n'a été en aucune façon modifié.

Au point de vue étiologique enfin, rien dans les antécédents
permette d'expliquer le développement de cette affection; les pa-
de la malade sont morts d'accidents; ses deux enfants, comme
l'avons déjà dit, jouissent d'une excellente santé.

L'opération est pratiquée le 2 avril par M. Péan, qui enlève au th-
cautère Paquelin non seulement l'épithélioma, mais aussi to-
partie de la muqueuse envahie par les plaques.

Il n'y a pas d'hémorrhagies; un pansement à l'acide phéniqu-
lué est appliqué sur la région.

La malade va bien pendant les premières semaines, mais la
sation tendant à se faire, on est obligé d'exciter le travail de r-
tion par des cautérisations au nitrate d'argent.

Après six semaines, la cicatrisation est presque complète. De
on remplace les pansements phéniqués par des lavages alcalins.

Enfin la malade quitte le service, absolument guérie, le 1
suivant. Nous lui recommandons, à son départ, de tenir la r-
dans le plus grand état de propreté et de continuer encore p-
longtemps les lavages alcalins recommandés, on le sait, par M. D-
dans les cas de psoriasis buccal.

Recherches sur l'un des principaux fondements des doct- relatives au mécanisme de production des mouvements v- taires et des convulsions.

Par M Brown-Séquard. (1)

I. J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie quelques-
résultats que m'ont fournis de nombreuses recherches ayant p-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

le mécanisme des mouvements volontaires et de leurs altérations rbides. Les doctrines admises à l'égard de la production de ces nomènes reposent essentiellement sur deux séries de preuves. ne m'occuperai aujourd'hui que de la série de preuves que l'on a les des effets des irritations de presque toutes les parties d'une itié de l'encéphale, effets qui consistent essentiellement en mounents des membres du côté opposé.

.es fondements de la doctrine suivant laquelle les mouvements ontaires d'un côté du corps sont produits par la moitié du cerveau côté opposé se sont enrichis, de nos jours, de faits expérimentaux liniques, qui ont semblé montrer que des centres psycho-moteurs, tement délimités, occupent certaines parties de la surface céréle. Complétée par ces faits, la doctrine que je combats peut se umer ainsi. De la zone cérébrale, où l'on place des centres psychoteurs, partent des fibres qui descendent jusqu'à la base de l'encéle, où elles forment la partie antérieure des pédoncules cérébraux, pont de Varole et du bulbe. Celles de ces fibres qui viennent des tres d'un côté s'entrecroisent avec celles venant du côté opposé, s le pont de Varole et le bulbe, descendant ensuite dans la moelle nière, dont la moitié gauche contient ainsi les conducteurs venus cerveau droit, et la moitié droite ceux du cerveau gauche. Les rerches multiples que j'ai faites depuis quatre ans à l'égard des efdes irritations des diverses parties de l'encéphale sur des coes, des lapins, des chiens, des chats et des singes (surtout des aques), ont donné des résultats absolument contraires à ces rines.

. D'après les théories reçues, on devrait trouver que l'irritation anique ou galvanique des parties considérées comme motrices, nis la zone excitable de la surface cérébrale jusqu'au pont de Va-, sinon plus bas, donne lieu uniformément à des mouvements de ou des deux membres du côté opposé à celui de l'irritation. Or en est pas ainsi, comme le montrent les faits suivants : 1° l'irrin d'un côté du pont de Varole ou du bulbe, et même celle de la mide antérieure, produit, huit ou neuf fois sur dix, chez le même nal, des mouvements de l'un ou des deux membres du côté corondant. On obtient encore très souvent des mouvements du côté espondant à celui de l'irritation, lorsque, après une section transle d'une moitié latérale du bulbe, on irrite soit par le galvanisme, nécaniquement, l'extrémité supérieure du pont, dans sa partie idérée comme motrice ; 2° l'irritation du pédoncule cérébral, ses parties supposées motrices comme dans les autres, donne ent lieu à des mouvements des membres du côté correspondant. btient ce résultat cinq ou six fois sur dix quand on irrite la ion inférieure du pédoncule, et deux ou trois fois sur dix quand

l'irritation porte sur l'extrémité supérieure; 3° lorsqu'on galvan[illegible] les masses de fibres qui, de la couronne radiée et des corps strié[illegible] rendent aux pédoncules cérébraux, on observe assez souvent [illegible] mouvements des membres du côté que l'on irrite. Si l'on co[illegible] transversalement ces parties, à droite ou à gauche, l'irritation m[illegible] nique ainsi produite met assez rarement les membres en mouve[illegible]; mais, si cet effet a lieu, c'est fréquemment dans le côté corresp[illegible] dant à l'excitation; 4° même la zone excitable de la surface céréb[illegible] donne lieu quelquefois, comme l'a déjà signalé M. Couty, à des m[illegible] vements du côté correspondant. Mais il y a plus : si, comme je l[illegible] constaté un très grand nombre de fois, on galvanise cette zone [illegible] trice après avoir coupé la moitié latérale du bulbe ou du pont de V[illegible] role, du côté de l'irritation, on trouve que les mouvements, loin [illegible] ne plus se produire dans les membres du côté opposé, s'y montrent [illegible] général, avec plus d'énergie qu'avant la section des conducteurs, [illegible] l'on croit être les seuls capables de transmettre l'irritation de ce[illegible] zone à ces membres.

III. D'après les doctrines reçues, si l'on a coupé transversalem[illegible] une moitié latérale de la moelle cervicale, au niveau de la sec[illegible] paire de nerfs, et si l'on irrite alors galvaniquement ou méca[illegible] ment les diverses parties de l'encéphale, soit du côté correspond[illegible] soit du côté opposé à celui de la lésion médullaire, il devrait, [illegible] les deux cas, ne se produire aucun mouvement ou qu'un très f[illegible] mouvement dans les membres du côté de cette lésion. Or, je tr[illegible] que les deux moitiés de l'encéphale sont capables d'agir avec [illegible] gie sur ces membres. En effet, suivant les parties alors irritées, [illegible] aussi les variations d'excitabilité qui se produisent pendant u[illegible] rie très nombreuse d'irritations sur un même animal, j'ai pu cons[illegible] ter, dans des cas où j'avais coupé l'une ou l'autre moitié de la moe[illegible] les effets divers que voici : tantôt un mouvement bipède diago[illegible] latéral, gauche ou droit, tantôt un mouvement de trois memb[illegible] tantôt, enfin, un mouvement des quatre membres. Une seule [illegible] de la moelle épinière peut donc suffire pour transmettre aux me[illegible] des deux côtés du corps, les excitations causées mécaniquem[illegible] galvaniquement dans l'une ou l'autre moitié de l'encéphale.

IV. D'après les doctrines reçues, la section transversale des [illegible] moitiés latérales de la base de l'encéphale, celle de l'une des [illegible] faite à la distance de 0m,01 ou plus de celle de l'autre, devrait [illegible] toute communication ou à peu près entre la moelle épinière [illegible] parties de l'encéphale au-dessus de la section supérieure, de [illegible] façon que toute irritation galvanique ou mécanique de cette [illegible] devrait ne produire aucun effet moteur sur les membres d'un [illegible] de l'autre. Or, je trouve que non seulement les prétendus [illegible] psycho-moteurs peuvent être alors capables, sous l'influence [illegible]

excitation galvanique, d'agir comme à l'état normal, sur les membres, mais encore que les parties considérées comme motrices, depuis les corps opto-striés jusqu'au voisinage des sections, peuvent en général mettre les membres en mouvement, sous l'influence d'irritations galvaniques ou mécaniques, l'effet moteur ayant lieu alors, comme à l'état normal, le plus souvent du côté correspondant à celui de l'irritation.

V. D'après l'analyse que j'ai faite de plus de 500 cas de convulsions unilatérales, à la suite de lésions diverses de l'encéphale, le même résultat général existe chez l'homme que chez les animaux : la base de l'encéphale et les parties motrices qui l'avoisinent, contrairement aux doctrines reçues, donnent lieu plus souvent à des convulsions du côté d'une irritation que du côté opposé. Les parties superficielles du cerveau (celles qui ne sont pas considérées comme motrices, de même que celles que l'on suppose être des centres moteurs) produisent surtout des convulsions croisées, mais toutes ces parties peuvent, sous l'influence d'une irritation, chez l'homme comme chez les animaux, produire des mouvements dans les membres du côté où existe l'irritation.

Conclusions. — 1° Il faut considérer comme ayant perdu toute valeur l'une des bases principales sur lesquelles sont fondées et la doctrine des centres psycho-moteurs et la théorie généralement admise à l'égard des relations entre un côté de l'encéphale et le côté opposé du corps pour les mouvements volontaires et aussi pour les convulsions unilatérales ; 2° il faut admettre que la zone excito-motrice de la surface cérébrale, ainsi que toutes les parties excitables de l'encéphale, sont capables de mettre en mouvement les membres du côté correspondant comme ceux du côté opposé, et qu'elles peuvent produire ces effets après la section transversale d'une moitié latérale du pont de Varole, du bulbe ou de la moelle cervicale, ou même après deux sections, l'une de la moitié droite, l'autre de la moitié gauche de la base de l'encéphale, à la condition qu'un certain intervalle existe entre ces deux sections.

THÉRAPEUTIQUE

De l'association de l'iode aux antiscorbutiques dans le traitement du lymphatisme et de la scrofule.

Aujourd'hui que l'engouement extrême dont a joui si longtemps l'usage des différentes espèces d'huile de foie de morue a fait place à plus de calme, on s'est occupé de faire une saine et judicieuse appréciation des avantages comme des inconvénients de la médication iodique.

Sans vouloir amoindrir les nombreux succès dus à l'administration

de l'huile de foie de morue, on doit cependant reconnaître qu'elle es refusée par l'estomac de beaucoup de malades, et très mal tolér par un grand nombre d'autres, malgré tous les efforts tentés pour masquer le goût désagréable. Dans ces cas très fréquents, le médecin est heureux d'avoir sous la main un médicament efficace, complémentaire et adjuvant de l'huile de foie de morue. Le *Sirop de raifort iodé* de Grimault répond complètement à ce désidératum.

Cette préparation, qui renferme les éléments du sirop antiscorbutique du codex : raifort, cochléaria, cresson, ményanthe, écorces d'oranges, unis à 5 grammes d'iode par kilogramme de sirop, e l'état de combinaison organique analogue à celle qui existe dans l'huile de foie de morue, est à ce point de vue une réelle innovation. Comment dès lors comparer le *Sirop antiscorbutique* obtenu par distillation, puis étendu de teinture d'iode, avec le *Sirop de raifort iodé* dans lequel la combinaison des sucs des plantes avec l'iode s'effectue à froid et lentement ! Voici pourquoi la coloration bleue de l'iode n'est plus décelée par l'empois d'amidon, et la disparition de tout phénomène d'intolérance chez les jeunes enfants n'a pas d'autre cause.

Je l'ai employé souvent depuis plusieurs années, et je puis affirmer qu'il ne m'a jamais fait défaut dans les diverses manifestations de la scrofule, telles que engorgements ganglionnaires, impétigo de la face, coryza chronique, etc.

Son efficacité m'a toujours paru nette et tranchée, surtout dans certaines affections des voies respiratoires, et spécialement dans la bronchite chronique, où il détermine toujours les améliorations les plus rapides et les plus durables.

Dans la bronchorrhée, lorsqu'elle donne lieu à une sécrétion bronchique considérable, sous l'influence de laquelle les malades ne tardent pas à maigrir et à perdre l'appétit, l'administration quotidienne du *Sirop de raifort iodé* de Grimault, à la dose de trois ou quatre cuillerées à bouche, produit les meilleurs effets.

Sous l'influence de cette médication, on ne tarde pas à voir une modification notable dans la nature du liquide excrété : de purulent et de muco-purulent qu'il était, il devient muqueux ; puis il diminue et s'il n'est pas entièrement supprimé, surtout chez les vieillards, devient insignifiant, les malades n'expectorent plus que quel glaires le matin à leur réveil ; l'appétit revient bientôt, et les sue disparaissent.

Les appréciations qui précèdent ne sont en réalité que le résu d'un grand nombre d'observations de notre pratique particulière, permettent de donner, en terminant, les conclusions suivantes :

Toutes les fois que l'huile de foie de morue est prise avec trop de goût, ou mal tolérée par l'estomac des malades, lorsque, chez les

fants surtout, elle donne lieu à de la diarrhée, elle est remplacée avec avantage par le *Sirop de raifort iodé.*

Dans le traitement de l'engorgement ganglionnaire et suppuré, le *Sirop de raifort iodé* réussit toujours mieux que l'huile de foie de morue. Seulement, chez nos jeunes malades, nous insistions sur le bouillon gras, à la dose de deux petits bols par jour, et nous leur faisions donner chaque fois du beurre étendu sur une tranche mince de pain, et saupoudré de sel. (*Gazette heb. de méd. et de chir.*)

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Traitement de la dysentérie chronique par les lavements. — Le Dr *Gallico* (*Gaz. med. Prov. Venete*, 31 déc. 1881) rapporte le cas d'un homme de 34 ans traité depuis quelque temps et sans aucun succès d'une dysentérie chronique par les moyens ordinaires. L'auteur fit cesser tout traitement et se borna à faire dans le rectum des injections d'acide tannique et de laudanum. Dans ces injections, il y avait environ de 0 gr. 75 centigr. à 1 gr. 50 d'acide tannique, et 6 gouttes de laudanum pour un demi-litre d'eau. Ce traitement fut continué pendant six semaines, en laissant divers intervalles. Les symptômes s'amendèrent alors chez le malade. Les injections ci-dessus furent remplacées par d'autres contenant 3 0/0 de perchlorure de fer dans le but de continuer l'effet astringent. La guérison était complète après six semaines de ce traitement.

Traitement chirurgical des hémorrhoïdes. — *M. Walter Whitehead* décrit dans le *Brit. med. Journ.* (février, p. 148) son procédé opératoire qui mérite l'attention par sa nouveauté et son caractère pratique. Lorsque le malade est bien préparé pour l'opération, on lui fait respirer du chloroforme et on le place dans la position de la taille, puis on fait subir au sphincter anal la dilatation forcée au moyen des deux pouces. On introduit alors à six pouces plus haut une éponge dans le but d'éviter tout écoulement de matière fécale pendant l'opération. Les hémorrhoïdes sont alors mises à nu et disséquées jusqu'à leurs limites les plus élevées, tandis que la muqueuse saine est autant que possible laissée intacte. Les vaisseaux sont soumis à la torsion jusqu'à ce qu'ils se séparent complètement du tissu cellulaire. La muqueuse est alors rabattue sur la surface dénudée jusqu'à la marge de l'anus ; la plaie se trouve ainsi fermée et guérit par première intention.

Relations entre les troubles des organes génitaux et les troubles de la vue. — *Rampoldi* (*Annali universali di med.*, septembre 1881) divise en cinq groupes les troubles sexuels qui peuvent influer sur la vision : 1° L'hystérie s'accompagne fréquemment

La pollakiurie peut présenter trois variétés. Elle peut être précoce, tardive ou douloureuse :

1° La *pollakiurie précoce* est celle du début de la maladie de Bright; elle en est quelquefois le premier symptôme et précède tous les autres signes ; elle n'est pas accompagnée de polyurie.

2° La *pollakiurie tardive* s'observe souvent; j'ai vu parfois le nombre des mictions s'accroître en même temps que la quantité d'urine diminuait de plus en plus.

3° La *pollakiurie douloureuse*, dont j'ai observé deux cas, est celle qui est caractérisée par des mictions fréquentes très peu abondantes et suivies chaque fois d'une sensation très douloureuse de ténesme et de spasme vésical.

Il faut donc distinguer la polyurie et la pollakiurie, les troubles de sécrétion et d'excrétion.

Quant à la cause de la pollakiurie, peut-on l'attribuer à une modification de l'urine, ou à une action réflexe partant du rein pour agir sur la vessie? Je ne me charge pas de fournir une explication sur ces faits que je me contente de constater.

Je veux parler maintenant des *démangeaisons* qu'on a signalées chez les brightiques et qui sont en effet fréquentes. Je crois qu'on peut distinguer trois variétés de ces démangeaisons.

1° Le prurit simple, sans éruption, sans rougeur, sans anesthésie ni hyperesthésie, qu'on a attribué tour à tour à l'urémie, à l'élimination de l'urée par la peau ; ce sont des explications contestables.

2° Dans une deuxième forme, le prurit affecte des allures moins violentes; c'est une *sensation de fourmillement* que les malades comparent à la sensation que produirait la présence d'un cheveu sur la peau.

3° Dans une troisième variété, le prurit ressemble à la sensation de chatouillement ou fourmillement que produirait la présence d'un insecte, d'une fourmi qui monterait sur la jambe au-dessous du bas.

Il est un autre trouble de la sensibilité dans le mal de Bright sur lequel je veux insister, c'est le phénomène *du doigt mort* qui, parfois, d'après une observation présentée par M. Debove, pourrait se terminer par la gangrène.

Ces faits sont intéressants, car ils peuvent nous servir à poser le diagnostic du mal de Bright, si obscur au début, à une époque où il n'existe ni œdème ni albuminurie. On pourra alors s'assurer, par ces éléments de diagnostic et par d'autres encore, que certaines phases aiguës de néphrite, qu'on serait tenté de considérer comme le début de la maladie, ne sont que des recrudescences d'une néphrite ancienne.

Chute des ongles dans l'ataxie locomotrice. — *M. Roques* présente une observation de chute des ongles chez un ataxique.

Un ataxique, il y a deux mois, sans cause appréciable, éprouva une sensation d'onglée au niveau des ongles des deux gros orteils. Au bout de quelques jours, à la suite de cet engourdissement, les ongles prirent une teinte noirâtre due à la présence d'ecchymoses sous-unguéales.

Actuellement ces symptômes, comme d'ailleurs tous ceux présentés par le malade, sont prédominants du côté gauche.

On a publié récemment trois cas semblables, dont l'un appartient à M. Joffroy et les deux autres à M. Pitres. Mais dans certains cas l'évolution de la lésion unguéale a été beaucoup plus rapide que chez mon malade.

M. Joffroy. La chute des ongles dans l'ataxie doit être rapprochée de tous les troubles trophiques observés dans le cours des affections médullaires. L'ecchymose sous-unguéale est un accident dû à des troubles vaso-moteurs du même ordre, mais n'accompagne pas nécessairement la chute de l'ongle.

Si la chute des ongles est un phénomène relativement fréquent dans l'ataxie, à en juger par les quatre observations précédentes, on l'observe aussi dans d'autres maladies des centres nerveux et même dans des maladies différentes.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Ern. Gaucher.

CHRONIQUE DE L'ÉTRANGER

LONDRES. — Plusieurs fois déjà vos lecteurs ont été mis au courant de la situation difficile faite aux expérimentateurs d'Outre-Manche.

Il est inutile assurément de rappeler ce qui est récemment arrivé au savant professeur Ferrier, ce ridicule autant que pénible incident est encore présent à tous les esprits. Mais, du moins, a-t-il eu cet avantage de prouver au corps médical qu'il est grandement temps de prendre des mesures contre le flot montant de ces sentimentalistes. Ceux-ci, en effet, organisés puissamment à cette heure, font en toute circonstance une propagande des plus actives. pour entraîner à leur suite l'opinion publique toujours facile à émouvoir dans ces sortes de questions. Conférences, brochures répandues à profusion, rien n'est épargné pour faire une guerre sans trêve à ce qui est représenté comme une inutile barbarie.

Cette ligue est, du reste, admirablement suivie, on le sait, par une loi tellement restrictive que bien peu de travailleurs osent s'engager dans la voie dangereuse des études expérimentales.

Les hommes éminents qui sont à la tête du mouvement scientifique,

en Angleterre, ont compris le danger et signalé dans de nombreux meetings combien les circonstances actuelles font courir des risques à l'avenir de la médecine, dans le Royaume-Uni.

Mais la réunion la plus importante dans ce genre est sans contredit celle qui eut lieu ces jours derniers au Collège Royal des médecins de Londres, sous la présidence de sir William Jenner. Cette fois-ci, il ne s'agit pas seulement de protestations plus ou moins platoniques; la nécessité de s'unir fortement pour défendre les intérêts de la science directement en cause s'imposant à tous ceux qui désirent son progrès, on s'occupe de constituer une société de protection, de défense légale.

En effet, sur la proposition de sir James Paget, l'Assemblée décide qu'il sera constitué une Association dite : « Association pour l'avancement des sciences médicales par les recherches expérimentales. » La présidence en reviendrait de droit, à tour de rôle, à l'un des présidents des Collèges des médecins et des chirurgiens de Londres. Il appartiendrait à chacun d'eux de choisir, tous les ans, douze membres dont six seraient pris dans leurs collèges respectifs. En outre, seraient membres de droits : les présidents de la *Société Royale*, du *General medical Council*, des Collèges des médecins et des chirurgiens d'Edimbourg et de Dublin, le directeur de l'Ecole vétérinaire, les professeurs d'anatomie et de physiologie des Universités d'Oxford et de Cambridge, les doyens des Universités d'Edimbourg, de Glascow et d'Aberdeen, enfin les présidents de plusieurs Sociétés, comme la Société Royale médico-chirurgicale, la Société pathologique, la Société clinique, la Société d'obstétrique, les Sociétés Huntérienne, Harvéienne et Zoologique.

Ainsi, désormais, les vivisecteurs trouveront non seulement un appui moral dans cette association de l'élite de nos savants, mais le comité de la nouvelle Société s'interposera au besoin en aplanissant bien des difficultés. Par son intermédiaire, les autorisations nécessaires seront facilement obtenues, et les travailleurs pourront se livrer avec un peu plus de confiance aux recherches de laboratoire, alors qu'ils se sentiront abrités derrière l'Association qui sera toujours prête à intervenir en leur faveur.

La presse médicale londonnienne salue avec enthousiasme, cela va sans dire, la création de la Société d'encouragement de la vivisection, et l'un des principaux journaux de la métropole, se laissant aller à un lyrisme débordant, déclare qu'à l'avenir les esprits les plus prévenus n'auront plus qu'à s'incliner et à écouter la grande voix de la science médicale britannique affirmant, par l'organe de ses représentants les plus autorisés, qu'elle entend poursuivre, sous de ridicules entraves, son but le plus élevé : le bien de l'humanité par le progrès incessant de nos connaissances.

Bien téméraire toutefois serait celui qui oserait prétendre que les adversaires des vivisections vont désarmer.

Je m'attendrais plutôt à une réplique dans le genre agressif, comme serait une nouvelle dénonciation avec citation à comparoir devant les tribunaux, ainsi que cela s'est produit après le Congrès international qui, en légitimant, par la voix de ses orateurs les plus considérables, les recherches expérimentales, a obtenu la riposte dont le professeur Ferrier a été la victime. N'oublions pas, en effet, que nous sommes dans la Grande-Bretagne, terre des fortes convictions. John Bull qui entrevoit déjà les lourds escadrons débouchant par le tunnel sous-marin pour envahir le sol anglais, est bien le même qu'empêchent de dormir les cris des bestioles mises à mal par les vivisecteurs !

Qu'il soit permis d'espérer pourtant que les cauchemars qui hantent sa cervelle n'empêcheront ni nos ingénieurs d'accomplir leur œuvre grandiose, ni nos physiologistes d'enrichir la science de nouvelles conquêtes non moins utiles et non moins glorieuses.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour quatre places de médecins accoucheurs des hôpitaux.* — Les candidats admissibles, au nombre de 12, sont, par ordre alphabétique : MM. Bar, Budin, Carafi, Champetier de Ribes, Doléris, Loviot, Martel, Maygrier, Pinard, Porak, Ribemont et Schweich.

Les questions qui ont été données pour l'épreuve orale sont : 1° De l'accouchement dans les positions occipito-postérieures ; 2° des affections abdominales qui peuvent simuler la grossesse ; 3° du cancer du col utérin au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.

Le sujet de l'épreuve de médecine opératoire, comprenant deux opérations sur le cadavre, a été : 1° Ligature de l'artère crurale au tiers supérieur de la cuisse ; 2° désarticulation radio-carpienne.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES, 149, rue de Sèvres. — *Clinique et cérébroscopie.* — M. le Dr Bouchut reprendra ses leçons cliniques le mardi 23 mai 1882, et commencera par l'étude de la cérébroscopie au moyen de projections lumineuses des images du fond de l'œil dans les maladies du cerveau.

Les réunions auront lieu tous les mardis, à 8 h. 1/2.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 5 *au* 11 *mai* 1882. — Fièvre typhoïde, 36. — Variole, 20. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 0. — Diphthérie, croup, 68. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 12. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 58. — Phthisie pulmonaire, 236. — Autres tuberculoses, 15. — Autres affections générales, 73.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 47.

Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 91. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 48 ; au sein et mixte, 27 ; inconnu, 6. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 83 ; l'appareil circulatoire, 60 ; l'appareil respiratoire, 51 ; l'appareil digestif, 43 ; l'appareil génito-urinaire, 31 ; la peau et du tissu lamineux, 6 ; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; fièvre infectieuse, 0 ; épuisement, 1 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 38. — Causes non classées, 12. — Nombres absolus de la semaine, 1.140.

Résultats de la semaine précédente : 1.177.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 3[illegible]

'INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 58 JEUDI 18 MAI 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

...esser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 58, rue de Londres.
...ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 58 Jeudi 18 Mai 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 17 *mai* 1882.

On se rappelle qu'il y a plusieurs semaines M. Nielly, professeur . l'École de médecine navale de Brest, avait présenté à l'Académie n aspirant mousse atteint d'une affection parasitaire qu'il avait rapprochée du craw-craw de la côte d'Afrique : c'est le premier cas de ce enre signalé en France. Depuis, M. Nielly a fait, dans le pays ıême du malade, de minutieuses recherches, mais sans retrouver ucune trace ni dans les eaux, ni chez les autres habitants.

M. Guéniot, après avoir vacciné un enfant atteint d'eczéma, vu se développer chez lui une éruption vaccinale des plus rapides ; des plus confluentes qui pendant plusieurs jours a mis en danger la e de l'enfant. Faut-il donc s'abstenir de vacciner les enfants atteints eczéma? M. Blot pense que oui, M. Hervieux pense que non. . Marotte fait des réserves et s'abstient de pratiquer la vaccine ulement dans les cas où l'eczéma règne sur la face, pour éviter, rtout chez les petites filles, des cicatrices désagréables.

Après cette communication de M. Guéniot, l'Académie s'est for- ;e en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Pollon sur les titres des candidats à la place de membre titulaire ns la section d'anatomie et de physiologie. Nous pouvons annon- r dès aujourd'hui que la liste de présentation comprend : en ligne, M. Mathias Duval ; en 2e ligne, M. Ch. Richet ; en 3e ligne. Laborde et en 4e ligne M. Farabeuf. A. Ch.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. LE DENTU.

cès sous-hyoïdiens symptomatiques de lésions des cartilages du larynx,

Par M. de Lapersonne,
Interne des hôpitaux.

(Communication à la Société clinique de Paris.)

ious avons eu l'occasion d'observer récemment, dans le service notre maître, M. Le Dentu, deux faits qui nous ont paru assez in- ;ssants, tant au point de vue des conditions étiologiques qu'au ıt de vue de l'interprétation.

l s'agissait, dans les deux cas, d'abcès subaigus développés au ;au de la ligne médiane de la région sous-hyoïdienne, chez des vidus jeunes et paraissant bien portants ; abcès que nous avons

pensé dépendre d'une altération des cartilages du larynx, cricoïde et thyroïde.

Voici tout d'abord le résumé de nos observations.

OBSERVATION I. — Le 23 janvier dernier, nous voyons à la consultation un jeune homme de 22 ans qui présente, sur la ligne médiane de la région cervicale, à hauteur du cartilage cricoïde, une petite tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur est franchement fluctuante, un peu douloureuse à la pression, non adhérente à la peau, très adhérente, au contraire, au conduit laryngo-trachéal, dont elle suit les mouvements.

Le malade nous dit que l'affection a eu une marche assez rapide. Il y a un mois, il a eu un peu d'enrouement, puis de la douleur au niveau du cou. C'est alors qu'il a remarqué une grosseur qui, en quelques jours, a acquis le volume qu'elle présente maintenant.

L'examen de ses antécédents héréditaires ou personnels ne nous donne que peu de renseignements. Il n'est ni scrofuleux, ni syphilitique. Habitant l'Algérie depuis son enfance, il est venu à Paris au commencement de l'hiver, et, depuis cette époque, il est enrhumé. Il tousse, il a craché quelques filets de sang et conserve encore un peu d'enrouement. Cependant, l'auscultation de la poitrine est absolument négative.

M. Le Dentu, qui a eu l'occasion d'observer déjà un fait analogue, porte le diagnostic d'abcès subaigu symptomatique de chondrite ou de périchondrite des cartilages du larynx.

Une ponction avec l'aspirateur donne quelques grammes seulement de pus crémeux. Mais, les jours suivants, le pus se reforme et on est bientôt obligé d'inciser largement l'abcès. En explorant sa cavité, on reconnaît très nettement que la surface cartilagineuse est dénudée dans un point ; on éprouve, avec la sonde cannelée, la sensation du contact de parties dures, presque la sensation du contact de l'os.

Pendant quelques jours, on fait un pansement phéniqué, puis on passe à l'iodoforme. La poche est plusieurs fois modifiée par le nitrate d'argent, par le thermo-cautère et, cependant, la cicatrisation marche très lentement.

Plus de deux mois après l'incision, il reste un petit trajet conduisant directement sur le même point du cartilage cricoïde. Pendant toute cette période, l'état général du malade ne s'est pas altéré. Il continue à avoir un peu de raucité de la voix, mais l'auscultation ne donne aucun signe bien net de début de tuberculose. L'examen laryngoscopique n'a fait découvrir aucune altération de la muqueuse du larynx.

Fort peu de temps après avoir observé ce premier fait, il se présentait un second dans des conditions tout à fait analogues.

OBS. II. — Il s'agissait, dans ce cas, d'un homme de 28 ans ...

parents sont morts jeunes (?), qui a lui-même des antécédents scrofuleux. Depuis longtemps, il tousse, mais il n'a pas craché de sang, il n'a pas maigri. Rien aux sommets.

Le début de l'affection remonte à une vingtaine de jours. A ce moment, il était enroué, et il a remarqué une petite grosseur gênante et douloureuse dans les mouvements du larynx. En quelques jours, elle a acquis le volume d'une grosse noix.

A son entrée, le 13 avril, on constate, sur la ligne médiane de la région sous-hyoïdienne, une tumeur fluctuante du volume d'une petite pomme, globuleuse, indépendante de la peau, très adhérente aux parties profondes. Elle recouvre les cartilages thyroïde et cricoïde, dont elle suit les mouvements ; elle descend jusqu'à deux travers de doigt de la fourchette sternale.

La ponction donne un liquide purulent. Les jours suivants le liquide se reforme, la tumeur devient douloureuse, la peau rougit. Le 24 avril, on ouvre l'abcès au bistouri ; il s'écoule un liquide séro-purulent. On remarque alors que les muscles sous-hyoïdiens, disséqués par l'abcès, forment une bride longitudinale dans l'intérieur de la poche. On ne sent pas de portion du cartilage dénudé, comme dans l'observation précédente, mais on arrive jusqu'au contact du cartilage thyroïde, au niveau de son angle antérieur. Pansement de Lister.

Les jours suivants, la poche se rétrécit; on fait des cautérisations au thermo-cautère.

En ce moment, 6 mai, près de deux mois après le début des accidents, il reste un petit trajet fistuleux qui aboutit au thyroïde.

Tels sont les deux faits que nous avons observés récemment. M. Le Dentu a eu l'occasion de voir un cas tout à fait analogue, il y a un ou deux ans.

En résumé, il s'agit, dans les trois cas, d'abcès de la région sous-hyoïdienne, ayant une marche assez rapide, formant une tumeur bien limitée, globuleuse, chez des individus jeunes, n'ayant pas de lésions bien nettes de tuberculose.

Nous devons nous demander à quelle affection nous avons eu affaire ?

Etait-ce des kystes suppurés ? Etait-ce un phlegmon circonscrit du cou, donnant lieu à des abcès chauds ? Etait-ce plutôt des abcès symptomatiques de lésions des cartilages, chondrite ou périchondrite ?

C'est la dernière opinion que notre maître, M. Le Dentu, a acceptée comme la plus probable. Nous avons alors recherché dans les différents auteurs des faits analogues, mais nous n'avons presque rien trouvé (1). Nous ne voulons pas dire pour cela que les chirurgiens

(1) Dans une thèse de la Faculté, sur les abcès du cou, nous avons trouvé une observation analogue recueillie dans le service de M. Tillaux.

ne les aient pas observés, mais nous croyons que cette affection est rare, en tant que lésion aussi limitée et n'ayant pas de tendance à fuser vers l'intérieur du larynx.

Quelles sont, en effet, les affections qui pourraient être confondues avec elles ?

Eliminons tout d'abord les tumeurs siégeant sur les parties latérales. Les kystes du corps thyroïde, même lorsqu'ils offrent r prolongement médian, n'ont pas le même aspect, ni la même évolution clinique.

Les abcès ganglionnaires, d'origine scrofuleuse, ayant pour point de départ la région sterno-mastoïdienne, peuvent bien se rapprocher plus ou moins du larynx, mais n'ont pas leur siège exact sur la ligne médiane, comme dans les cas qui nous occupent.

Quant aux tumeurs liquides de la région laryngo-trachéale, elles sont de deux ordres : les abcès et les kystes.

A part les cas très rares de kystes congénitaux, l'un décrit par Larrey sous le nom de kyste canaliculé du cou et une observation unique de M. Panas sur un cas de kyste dermoïde-médian du cou, il existe dans la région sous-hyoïdienne des kystes plus fréquents qui, sous l'influence d'un traumatisme ou d'un mauvais état général, peuvent s'enflammer et donner lieu à des abcès qui ont quelque analogie avec ceux que nous avons observés.

L'un de ces kystes a pour siège la bourse séreuse de Boyer, mais son siège est un peu différent. La partie inférieure du larynx est libre ; la tumeur siège au niveau de l'espace thyro-hyoïdien. La plupart du temps, lorsqu'elle acquiert un certain volume, elle se déjette d'un côté ou de l'autre ; enfin, elle n'arrive que rarement à la suppuration.

Nous voyons en ce moment, dans le service, un kyste de ce genre. Il a le volume d'un œuf de poule, il semble faire corps avec l'os hyoïde et s'étale sur la partie latérale gauche du cou. La tumeur, qui a mis huit ans à se développer, n'a jamais été douloureuse.

Il est beaucoup plus difficile de différencier les abcès que nous avons observé des kystes préthyroïdiens (hydrocèles du cou de Maisonnoir, de Genève). Cette affection est elle-même assez rare. Voillemier qui les a étudiés spécialement, donne comme caractères cliniques de cette variété de kystes : 1° la mobilité très grande sur les parties profondes ; ils roulent sous la peau comme une petite bille, suivant l'expression des malades ; 2° l'indolence absolue ; 3° la lenteur de marche ; ils peuvent mettre plusieurs années à acquérir le volume d'une noix.

Mais, sous une influence quelconque, ces hygromas du cou s'enflamment, augmentent rapidement de volume, adhèrent au cou

aryngo-trachéal. M. Duplay a observé un cas de ce genre. Après 'ouverture de l'abcès, on put constater l'intégrité du cartilage, ce [ue confirme, du reste, la guérison prompte du malade.

On voit tout de suite les différences qui séparent de ces hygromas uppurés les abcès que nous étudions. Evolution rapide, dénudation t altération du cartilage, lenteur de la cicatrisation, persistance des stules.

Quant au phlegmon circonscrit du cou, il faudrait, pour l'admetre, invoquer soit un traumatisme, soit une inflammation de la peau, iégeant exactement au niveau du conduit laryngo-trachéal; peuttre le frottement du col. Nous n'avons eu rien de semblable et, 'ailleurs, un phlegmon pourrait-il rester ainsi localisé et garder ette forme ovoïde, sans altération de la peau, sans tendance à fuser ans le tissu cellulaire lâche du cou? Nous ne le croyons pas.

Nous arrivons donc, par exclusion, à admettre la possibilité d'abs symptomatiques, d'altérations des cartilages, chondrite ou périondrite.

On sait que ces affections ont été décrites, pour la première fois, par lbers, et on en connaît aujourd'hui un assez grand nombre d'exemes. Développées le plus souvent dans le cours de maladies aiguës aves, on l'observe surtout dans les périodes avancées de la phthisie ryngée; cependant, on possède un certain nombre d'observations, res il est vrai, dans lesquelles l'affection s'est développée sur des dividus bien portants et ne se trouvant sous le coup d'aucune diaèse particulière.

Le pus fuse le plus souvent vers la muqueuse du larynx et produit s phénomènes d'œdème de la glotte. Quelquefois, le pus se dirige même temps vers la muqueuse et vers la peau; il se forme alors véritables fistules laryngées. Dans les cas que nous présentons, peut-on pas admettre une altération des cartilages cricoïde ou yroïde, dont le pus, au lieu de fuser vers la muqueuse, ce qui est règle, s'est dirigé seulement vers les téguments de la peau?

Je sais bien qu'aucun état général grave ne peut expliquer la fortion de cette périchondrite chez nos malades. Mais l'un d'eux est ttement scrofuleux; tous deux ont eu des signes passagers de langite; peut-être existe-t-il chez eux un début de tuberculose. Du ste, n'a-t-on pas observé ces altérations du larynx chez des malas indemnes de toute diathèse?

Nous restons donc convaincu de la possibilité d'abcès sousoïdiens, symptomatiques de lésions des cartilages du larynx.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — SERVICE DE M. SIREDEY.

Rhumatisme articulaire aigu. — Aortite. — Pneumonie double. — Guérison avec persistance de souffles aortiques très remarquables.

Par le Dr G. Comby,
Ancien interne des hôpitaux.

(Communication à la Société clinique de Paris.)

R... (Victorine), 18 ans, demoiselle de magasin, entre à l'hôpital Lariboisière le 14 novembre 1881. Cette jeune fille, qui souffre depuis trois semaines d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé, n'avait jamais fait auparavant de maladie sérieuse. Mais nous constatons du côté des parents quelques antécédents arthritiques : le père serait mort à l'âge de 57 ans, d'une maladie du cœur accompagnée d'anasarque; la mère, de son côté, accuse de fréquentes douleurs articulaires. Il y a trois semaines, notre malade se fit une légère entorse du pied gauche ; le lendemain matin, le cou-de-pied était tuméfié, chaud et douloureux; bientôt le pied droit, puis les genoux et les poignets furent envahis. Tel a été le début de ce rhumatisme qui rapidement gagna presque toutes les articulations des membres, et mit la malade dans l'impossibilité de quitter le lit. Avant son entrée à l'hôpital, elle n'a subi d'autre traitement que des frictions camphrées et une potion prise pendant deux jours seulement.

Etat actuel. — Jeune fille assez robuste, présentant un embonpoint notable. Facies vultueux, dyspnée intense, parole brève, saccadée, fièvre vive (39,4 dans l'aisselle). Les articulations des genoux et des poignets sont gonflées, douloureuses à la pression; mais les douleurs sont actuellement beaucoup moins aiguës qu'au début, et les manifestations articulaires ne sont pas en rapport avec l'intensité des phénomènes généraux. Aussi est-on naturellement conduit à chercher du côté des viscères, et spécialement du côté de la poitrine, la raison de la dyspnée et de la fièvre. Le pouls est petit et fréquent (120); le chiffre des respirations s'élève à 60 par minute. Quand on regarde la paroi antérieure de la poitrine, on voit que s'il n'existe pas de voussure manifeste, la région précordiale cependant offre des battements insolites et un frémissement qu'on perçoit bien mieux par le palper dans les premiers espaces intercostaux, et surtout dans le premier espace, sous la clavicule gauche. Ce frémissement cataire est très marqué et nettement systolique; il est tout à fait en dehors des foyers d'auscultation des orifices du cœur, comme *le souffle*, dont il est la traduction palpable, et que nous devons maintenant étudier.

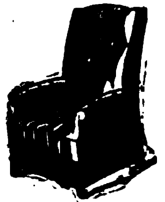
En effet, si l'on ausculte, à l'aide d'un stéthoscope, au niveau du

premier espace intercostal gauche, sous la clavicule, on est tout surpris d'entendre un *souffle extrêmement fort et rude*, coïncidant avec la systole ventriculaire. Ce souffle, qui a son maximum au-dessous de la clavicule gauche, vers sa partie moyenne, se prolonge en demi-cercle vers l'aisselle et vers le sternum, mais sans dépasser ces régions. Vient-on à ausculter les foyers des orifices aortique et pulmonaire, on constate l'absence de souffle, de même qu'à la pointe. Le souffle que nous signalons est donc en dehors de tout foyer d'auscultation classique, et c'est en quoi il est remarquable. M. Constantin Paul, si expert dans tout ce qui regarde l'auscultation du cœur, invité par M. Siredey à voir notre malade, n'a pas hésité à déclarer qu'il n'avait jamais entendu de souffle semblable ; si nous ajoutons que la pression est très douloureuse au niveau du point où l'on entend le maximum du souffle, que ce souffle se prolonge un peu vers les vaisseaux du cou, et en arrière vers la colonne vertébrale, nous arriverons au diagnostic porté dès le début par M. Siredey, d'aortite rhumatismale. Mais cette aortite offre ici une anomalie ; elle semble n'affecter que la crosse de l'aorte, sans intéresser l'*orifice*, puisque nous ne constatons aucune espèce de souffle au foyer d'auscultation de l'aorte ou dans son voisinage immédiat. Cette anomalie, qui n'a pu nous faire modifier notre premier diagnostic, arrêtait cependant la plupart des observateurs et les conduisait à chercher du côté du poumon la raison de la localisation spéciale et de l'intensité du souffle. En effet, dès le second jour, on entendait à la partie moyenne du poumon gauche, en arrière, un souffle accompagné de râles crépitants qui indiquait la présence d'une pneumonie rhumatismale. Trois jours plus tard, la malade se plaint d'un point de côté à droite, et l'auscultation révèle en arrière l'existence d'un souffle tubaire avec râles crépitants : seconde pneumonie rhumatismale. Mais pendant ce temps les manifestations cardio-aortiques se prononcent de plus en plus ; l'anxiété est grande et compliquée, par moments, de véritables accès qui rappellent l'angine de poitrine. La température reste toujours élevée (39° le matin, 39,5 le soir) ; le pouls est à 120 : on compte de 48 à 54 respirations par minute. On prescrit 10 ventouses scarifiées à la région précordiale, et 12 milligrammes de vératrine en 12 pilules à une heure d'intervalle, en recommandant de suspendre au moindre signe d'intolérance gastrique. Les signes physiques de la double pneumonie rhumatismale postérieure persistent longtemps ; ils ne sont pas accompagnés de toux ni de crachats rouillés.

23 novembre. Le soir, la malade est dans un état très grave ; elle est anhélante, très pâle ; le pouls est extrêmement fréquent (150), les battements du cœur sont tumultueux, et il semble que le myocarde soit gravement atteint. Nous ramenons un peu de calme à l'aide d'une injection de morphine.



OUVERT.



FERMÉ.

Fauteuil à explorations.

de sa sortie de l'hôpital, que ce souffle si extraordinaire par son intensité et par sa localisation ne fut un signe *d'aortite aiguë.*

En effet, ce n'était pas un souffle extérieur à l'aorte, et produit par une induration pulmonaire voisine, puisqu'il a persisté après la résolution de la pneumonie. Ce n'était pas non plus un souffle de l'artère pulmonaire : car il était bien au-dessus du foyer d'auscultation de ce vaisseau. Nous arrivons donc, par élimination nécessaire, à localiser ce souffle dans la crosse de l'aorte, et à l'attribuer à des déformations endartérielles. Ce qui confirme encore cette idée, c'est la production ultérieure de l'insuffisance aortique; il semble que l'endocardite de la crosse se soit propagée de haut en bas pour aboutir finalement aux valvules semi-lunaires.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Balle de fusil ayant séjourné pendant deux ans sur la base du crane. — Le Dr *Schwagmeyer* vient de rapporter, devant l'Académie de médecine de l'Ohio (*Cincinnati Lancet and clinic*, 29 avril 1882), l'histoire d'un enfant de 9 à 10 ans qui, il y a deux ans, reçut accidentellement un coup de fusil. La balle pénétra au-dessus de l'œil, traversa le frontal et produisit dans l'orbite un épanchement sanguin qui amena l'exophthalmie. On croyait que l'enfant allait mourir, cependant l'œil reprit peu à peu sa place, la vue redevint normale et au bout de six semaines l'enfant allait bien. Il ne lui restait de sa blessure qu'une petite ulcération au bord inférieur de la cornée. Cette ulcération se guérissait de temps en temps lorsque l'enfant se plaignait de maux de tête; elle reparaissait de nouveau lorsque les maux de tête avaient disparu. Il y avait une dépression près de la paupière, mais on ne crut pas devoir y enfoncer un stylet. Cette dépression paraissait d'ailleurs communiquer avec le trajet de la balle.

Six semaines avant la lecture de cette note, l'enfant se plaignait de douleurs dans le dos et d'un léger mal de tête, cependant il continua à jouer chaque jour dans la rue; mais, dans la nuit du 3 avril, il eut des convulsions avec tous les symptômes d'une méningite aiguë et il succomba.

A l'autopsie on trouva le cerveau fortement congestionné ; les artères étaient presque noires et la surface était parsemée de petits abcès. Il n'y avait pas de fracture de l'orbite. On eut beaucoup de difficulté à trouver la balle ; on la découvrit enfin dans le sphénoïde, au-dessous du lobe moyen du cerveau et près de la selle turcique. Cette portion de l'os paraissait simplement soulevée et ce n'était que par un examen minutieux que l'on pouvait reconnaître la présence

l'irritation porte sur l'extrémité supérieure ; 3° lorsqu'on galvanise les masses de fibres qui, de la couronne radiée et des corps striés, se rendent aux pédoncules cérébraux, on observe assez souvent les mouvements des membres du côté que l'on irrite. Si l'on coupe transversalement ces parties, à droite ou à gauche, l'irritation mécanique ainsi produite met assez rarement les membres en mouvement; mais, si cet effet a lieu, c'est fréquemment dans le côté correspondant à l'excitation; 4° même la zone excitable de la surface cérébrale donne lieu quelquefois, comme l'a déjà signalé M. Couty, à des mouvements du côté correspondant. Mais il y a plus : si, comme je l'ai constaté un très grand nombre de fois, on galvanise cette zone motrice après avoir coupé la moitié latérale du bulbe ou du pont de Varole, du côté de l'irritation, on trouve que les mouvements, loin de ne plus se produire dans les membres du côté opposé, s'y montrent, en général, avec plus d'énergie qu'avant la section des conducteurs, qui l'on croit être les seuls capables de transmettre l'irritation de cette zone à ces membres.

III. D'après les doctrines reçues, si l'on a coupé transversalement une moitié latérale de la moelle cervicale, au niveau de la seconde paire de nerfs, et si l'on irrite alors galvaniquement ou mécaniquement les diverses parties de l'encéphale, soit du côté correspondant, soit du côté opposé à celui de la lésion médullaire, il devrait, dans les deux cas, ne se produire aucun mouvement ou qu'un très faible mouvement dans les membres du côté de cette lésion. Or, je trouve que les deux moitiés de l'encéphale sont capables d'agir avec énergie sur ces membres. En effet, suivant les parties alors irritées, suivant aussi les variations d'excitabilité qui se produisent pendant une série très nombreuse d'irritations sur un même animal, j'ai pu constater, dans des cas où j'avais coupé l'une ou l'autre moitié de la moelle, les effets divers que voici : tantôt un mouvement bipède diagonal ou latéral, gauche ou droit, tantôt un mouvement de trois membres, tantôt, enfin, un mouvement des quatre membres. Une seule moitié de la moelle épinière peut donc suffire pour transmettre aux membres des deux côtés du corps, les excitations causées mécaniquement ou galvaniquement dans l'une ou l'autre moitié de l'encéphale.

IV. D'après les doctrines reçues, la section transversale des deux moitiés latérales de la base de l'encéphale, celle de l'une des moitiés faite à la distance de 0m,01 ou plus de celle de l'autre, devrait détruire toute communication ou à peu près entre la moelle épinière et les parties de l'encéphale au-dessus de la section supérieure, de telle façon que toute irritation galvanique ou mécanique de cette partie devrait ne produire aucun effet moteur sur les membres d'un côté ou de l'autre. Or, je trouve que non seulement les prétendus centres psycho-moteurs peuvent être alors capables, sous l'influence d'

excitation galvanique, d'agir comme à l'état normal, sur les membres, mais encore que les parties considérées comme motrices, depuis les *corps* opto-striés jusqu'au voisinage des sections, peuvent en général mettre les membres en mouvement, sous l'influence d'irritations galvaniques ou mécaniques, l'effet moteur ayant lieu alors, comme à l'état normal, le plus souvent du côté correspondant à celui de l'irritation.

V. D'après l'analyse que j'ai faite de plus de 500 cas de convulsions unilatérales, à la suite de lésions diverses de l'encéphale, le même résultat général existe chez l'homme que chez les animaux : la base de l'encéphale et les parties motrices qui l'avoisinent, contrairement aux doctrines reçues, donnent lieu plus souvent à des convulsions du côté d'une irritation que du côté opposé. Les parties superficielles du cerveau (celles qui ne sont pas considérées comme motrices, de même que celles que l'on suppose être des centres moteurs) produisent surtout des convulsions croisées, mais toutes ces parties peuvent, sous l'influence d'une irritation, chez l'homme comme chez les animaux, produire des mouvements dans les membres du côté où existe l'irritation.

Conclusions. — 1° Il faut considérer comme ayant perdu toute valeur l'une des bases principales sur lesquelles sont fondées et la doctrine des centres psycho-moteurs et la théorie généralement admise à l'égard des relations entre un côté de l'encéphale et le côté opposé du corps pour les mouvements volontaires et aussi pour les convulsions unilatérales ; 2° il faut admettre que la zone excito-motrice de la surface cérébrale, ainsi que toutes les parties excitables de l'encéphale, sont capables de mettre en mouvement les membres du côté correspondant comme ceux du côté opposé, et qu'elles peuvent produire ces effets après la section transversale d'une moitié latérale du pont de Varole, du bulbe ou de la moelle cervicale, ou même après deux sections, l'une de la moitié droite, l'autre de la moitié gauche de la base de l'encéphale, à la condition qu'un certain intervalle existe entre ces deux sections.

THÉRAPEUTIQUE

De l'association de l'iode aux antiscorbutiques dans le traitement du lymphatisme et de la scrofule.

Aujourd'hui que l'engouement extrême dont a joui si longtemps l'usage des différentes espèces d'huile de foie de morue a fait place à plus de calme, on s'est occupé de faire une saine et judicieuse appréciation des avantages comme des inconvénients de la médication iodique.

Sans vouloir amoindrir les nombreux succès dus à l'administration

l'irritation porte sur l'extrémité supérieure ; 3° lorsqu'on galvanise les masses de fibres qui, de la couronne radiée et des corps striés, se rendent aux pédoncules cérébraux, on observe assez souvent des mouvements des membres du côté que l'on irrite. Si l'on coupe transversalement ces parties, à droite ou à gauche, l'irritation mécanique ainsi produite met assez rarement les membres en mouvement; mais, si cet effet a lieu, c'est fréquemment dans le côté correspondant à l'excitation; 4° même la zone excitable de la surface cérébrale donne lieu quelquefois, comme l'a déjà signalé M. Couty, à des mouvements du côté correspondant. Mais il y a plus : si, comme je l'ai constaté un très grand nombre de fois, on galvanise cette zone motrice après avoir coupé la moitié latérale du bulbe ou du pont de Varole, du côté de l'irritation, on trouve que les mouvements, loin de ne plus se produire dans les membres du côté opposé, s'y montrent, en général, avec plus d'énergie qu'avant la section des conducteurs, que l'on croit être les seuls capables de transmettre l'irritation de cette zone à ces membres.

III. D'après les doctrines reçues, si l'on a coupé transversalement une moitié latérale de la moelle cervicale, au niveau de la seconde paire de nerfs, et si l'on irrite alors galvaniquement ou mécaniquement les diverses parties de l'encéphale, soit du côté correspondant, soit du côté opposé à celui de la lésion médullaire, il devrait, dans les deux cas, ne se produire aucun mouvement ou qu'un très faible mouvement dans les membres du côté de cette lésion. Or, je trouve que les deux moitiés de l'encéphale sont capables d'agir avec énergie sur ces membres. En effet, suivant les parties alors irritées, suivant aussi les variations d'excitabilité qui se produisent pendant une série très nombreuse d'irritations sur un même animal, j'ai pu constater, dans des cas où j'avais coupé l'une ou l'autre moitié de la moelle, les effets divers que voici : tantôt un mouvement bipède diagonal ou latéral, gauche ou droit, tantôt un mouvement de trois membres, tantôt, enfin, un mouvement des quatre membres. Une seule moitié de la moelle épinière peut donc suffire pour transmettre aux membres des deux côtés du corps, les excitations causées mécaniquement ou galvaniquement dans l'une ou l'autre moitié de l'encéphale.

IV. D'après les doctrines reçues, la section transversale des deux moitiés latérales de la base de l'encéphale, celle de l'une des moitiés faite à la distance de 0m,01 ou plus de celle de l'autre, devrait détruire toute communication ou à peu près entre la moelle épinière et les parties de l'encéphale au-dessus de la section supérieure, de façon que toute irritation galvanique ou mécanique de cette partie devrait ne produire aucun effet moteur sur les membres d'un côté ou de l'autre. Or, je trouve que non seulement les prétendus centres psycho-moteurs peuvent être alors capables, sous l'influence d'un

excitation galvanique, d'agir comme à l'état normal, sur les membres, mais encore que les parties considérées comme motrices, depuis les *corps* opto-striés jusqu'au voisinage des sections, peuvent en général mettre les membres en mouvement, sous l'influence d'irritations galvaniques ou mécaniques, l'effet moteur ayant lieu alors, comme à l'état normal, le plus souvent du côté correspondant à celui de l'irritation.

V. D'après l'analyse que j'ai faite de plus de 500 cas de convulsions unilatérales, à la suite de lésions diverses de l'encéphale, le même résultat général existe chez l'homme que chez les animaux : la base de l'encéphale et les parties motrices qui l'avoisinent, contrairement aux doctrines reçues, donnent lieu plus souvent à des convulsions du côté d'une irritation que du côté opposé. Les parties superficielles du cerveau (celles qui ne sont pas considérées comme motrices, de même que celles que l'on suppose être des centres moteurs) produisent surtout des convulsions croisées, mais toutes ces parties peuvent, sous l'influence d'une irritation, chez l'homme comme chez les animaux, produire des mouvements dans les membres du côté où existe l'irritation.

Conclusions. — 1° Il faut considérer comme ayant perdu toute vaeur l'une des bases principales sur lesquelles sont fondées et la doctrine les centres psycho-moteurs et la théorie généralement admise à l'égard les relations entre un côté de l'encéphale et le côté opposé du corps pour es mouvements volontaires et aussi pour les convulsions unilatéales ; 2° il faut admettre que la zone excito-motrice de la surface céébrale, ainsi que toutes les parties excitables de l'encéphale, sont apables de mettre en mouvement les membres du côté correspondant omme ceux du côté opposé, et qu'elles peuvent produire ces effets prés la section transversale d'une moitié latérale du pont de Varole, u bulbe ou de la moelle cervicale, ou même après deux sections, une de la moitié droite, l'autre de la moitié gauche de la base de encéphale, à la condition qu'un certain intervalle existe entre ces ›ux sections.

THÉRAPEUTIQUE

› l'association de l'iode aux antiscorbutiques dans le traitement du lymphatisme et de la scrofule.

Aujourd'hui que l'engouement extrême dont a joui si longtemps ısage des différentes espèces d'huile de foie de morue a fait place plus de calme, on s'est occupé de faire une saine et judicieuse appréciation des avantages comme des inconvénients de la médication éique.

Sans vouloir amoindrir les nombreux succès dus à l'administration

/ʼ/

INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME . N° 59 SAMEDI 20 MAI 1882

LA

'RANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
.AHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET — sseur de clinique chirurgicale, mbre de l'Acad. de médecine.
MICHEL PETER — Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.
H. DEPAUL — Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.
P. BERGER — esseur agrégé à la Faculté, hirurgien des hôpitaux.
E. BOTTENTUIT — Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.
F. LABADIE-LAGRAVE — Médecin des hôpitaux.

essér ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 58, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 59. Samedi 20 Mai 1882

LA FRANCE MÉDICALE

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — SERVICE DE M. LE Dr PROUST.

Apoplexie séreuse, néphrite interstitielle.

Par M. Albert MATHIEU,
Interne des hôpitaux.

Un homme de 58 ans entre le 13 décembre dans le service de 1. Proust, à Lariboisière.

Les renseignements que l'on peut recueillir sont malheureuse-ıent très restreints. Les personnes qui l'amènent à l'hôpital dé-larent l'avoir trouvé dans sa chambre en état d'apoplexie. Les jours récédents, il vaquait encore à ses occupations. Il est impossible de réciser davantage et de savoir si cette attaque apoplectique a été récédée de prodromes cérébraux ou de tout autre phénomène mor-ide.

La face est un peu violacée, les pupilles légèrement contractées, ι respiration bruyante, presque stertoreuse. De temps en temps, le ıalade s'agite et pousse des gémissements. Lorsqu'on lui parle, il ourne vers vous les yeux, mais ne semble en rien comprendre le ıns des paroles qu'on lui adresse. Il est absolument impossible de ıi faire tirer la langue, de lui faire donner la main. Il ne répond oint lorsqu'on lui demande son nom, son âge, sa demeure. Il vous garde toujours avec des yeux étonnés. Cependant il n'est pas en at complet d'apoplexie puisqu'il se défend avec vigueur, avec co-re même lorsqu'on le remue, lorsqu'on explore sa sensibilité. On st obligé de lui faire tenir les mains pour l'empêcher de vous pincer de vous griffer.

Il n'est point paralysé. La face n'est pas déviée ; le bras, habituel-ment fléchi, peut être étendu, malgré la résistance du malade. Pas paralysie non plus du côté des membres inférieurs. Il faut remar-er toutefois que les mouvements sont plus rares à droite qu'à uche. Pour se défendre, le malade se sert de préférence de la main uche, et la droite se meut, semble-t-il, avec une lenteur plus ande.

La sensibilité est intacte dans tout le côté gauche. Les piqûres sont médiatement senties et le malade témoigne par ses cris et ses stes du déplaisir qu'il éprouve. Du côté droit, au contraire, les sen-ions sont certainement très émoussées et très certainement aussi rçues avec un retard notable. Lorsque le malade n'est pas pré-nu, que son attention est détournée, on peut le piquer fortement côté droit sans qu'il en témoigne rien. Les mêmes explorations,

faites à gauche, déterminent toujours et très rapidement, sans re-tard, des gestes de défense et des grimaces de douleur.

Les artères sont assez résistantes ; aux coudes, notamment, elles présentent un degré marqué de rigidité. Les temporales superficielles sont saillantes et tortueuses. Les battements du cœur sont assez énergiques ; les bruits claqués, métalliques.

On perçoit dans les poumons des râles sibilants et ronflants rares et disséminés. A droite et en arrière, on trouve des râles sous-crépitants, assez rares du sommet à la base.

Le lendemain matin, le malade a repris sa connaissance. Il répond aux questions qu'on lui pose, le plus souvent avec exactitude lorsque ces questions sont simples, qu'elles concernent son âge, sa profession. Il est extrêmement irritable. Il s'impatiente, s'emporte et vocifère des injures furieuses ; il est, du reste, pourvu d'un vocabulaire très riche en interjections grossières.

Quand il n'est pas prévenu et déjà surexcité, on peut le pincer ou le piquer à droite sans qu'il s'en aperçoive.

Son urine présente un nuage douteux d'albumine.

Le surlendemain, il est de nouveau en état apoplectique. Il ne répond pas aux questions. Les pupilles sont contractées ; la respiration stertoreuse. Les bras sont fléchis, à demi contracturés.

La mort survient à deux heures de l'après-midi.

A l'*autopsie*, on constate, au moment de l'ouverture du crâne, l'écoulement d'une quantité considérable de sérosité. Les espaces sous-arachnoïdiens sont évidemment dilatés et renferment une quantité exagérée de liquide. Les confluents de la base du cerveau, ceux de la face inférieure et de la face supérieure du cervelet sont manifestement dilatés. Après qu'ils se sont vidés du liquide céphalo-rachidien qu'ils contenaient, la membrane qui les limite se montre épaissie, blanchâtre. Elle ne présente aucune tendance à se déprimer.

La pie-mère est épaissie, d'un rouge uniforme. Les gros vaisseaux, l'artère sylvienne, par exemple, et ses principaux rameaux sont bordés d'un liséré blanchâtre.

Cette membrane s'enlève, du reste, facilement ; elle n'adhère pas à la substance cérébrale.

Les circonvolutions sont nettes, un peu molles comme toute la substance du cerveau. Elles ne sont pas déchirées par l'extraction de la pie-mère. Elles ne présentent nulle part de trace de ramollissement ni d'hémorrhagie. Le piqueté vasculaire n'a rien qui ne se voit dans la plupart des autopsies.

Les hémisphères cérébraux, pris dans leur totalité, sont évidemment ramollis. Placés sur un plan résistant, ils se dépriment et s'aplatissent visiblement. En dehors de cette particularité, ils ne présentent du reste rien d'anormal.

Les ventricules sont dilatés, et cette dilatation est évidente surtout pour les ventricules latéraux. Ils renferment une quantité considérable de liquide. Le ventricule latéral gauche semble plus dilaté que le ventricule droit. Le corps calleux est refoulé, aminci. Il ne présente guère à sa partie moyenne que 1 millimètre à 1 millimètre 1/2 d'épaisseur.

Les plexus choroïdes sont très développés. Leurs franges sont étalées et flottent dans le liquide.

L'aqueduc de Sylvius est dilaté. Il présente le diamètre d'une plume d'oie de grosseur ordinaire. Le quatrième ventricule ne paraît pas sensiblement modifié. Le confluent qui lui correspond était, comme les autres, manifestement distendu.

Les reins sont petits, rouges, résistants à la coupe. Ils pèsent 110 à 120 grammes. Leur surface est mamelonnée, leur capsule adhérente; leur substance corticale réduite à quelques millimètres est semée de petits kystes séreux. C'est là tout à fait le petit rein rouge contracté de Bright.

Le cœur dans son ensemble n'est pas très volumineux. Il pèse 235 grammes. Toutefois le ventricule gauche est arrondi, il fait une saillie marquée en avant et en arrière, il déborde en bas le ventricule droit qui lui semble accolé. Il y a à l'origine de l'aorte et sur la grande valve mitrale quelques plaques laiteuses d'athérome. La rate est très petite et dure à la coupe. Le foie pèse 1250 grammes, il n'est pas très résistant au couteau et ne paraît pas cirrhotique. Les poumons présentent à leur base une congestion marquée, à droite on trouve les tubercules grisâtres du volume d'un grain de riz, disséminés dans toute son étendue, mais plus abondants au sommet.

Il est regrettable que les renseignements recueillis sur le malade qui fait l'objet de cette observation soient incomplets. Toutefois il reste ce fait bien établi que cet homme avait été frappé d'apoplexie plus ou moins brusquement, — les détails sur ce point font totalement défaut, — et que cette apoplexie ne pouvait s'expliquer à l'autopsie que par l'existence d'une hydropisie abondante des espaces sous-arachnoïdiens des ventricules intracérébraux. Le corps calleux était aminci, les confluents arachnoïdiens distendus et ces cavités étaient remplies par un liquide séreux qui s'est écoulé en abondance à l'ouverture du cerveau.

Les anciens auteurs admettaient couramment l'existence de l'apoplexie séreuse. La connaissance que nous avons acquise de l'hémorrhagie et du ramollissement ont rendu moins fréquents les cas dans lesquels cette apoplexie séreuse pouvait être invoquée. Est-ce à dire que dans certaines circonstances cette interprétation n'est pas juste et ne correspond pas réellement au mécanisme physiologique de l'apoplexie ? Non sans doute, et, du reste, l'opinion bien connue de

Traube sur la cause des troubles cérébraux du mal de Bright, suffirait pour laisser à l'œdème du cerveau et à l'hydropisie de ses ventricules un rôle important. On sait combien l'hydrencéphalie aiguë ou chronique est fréquente dans certaines néphrites et en particulier dans celle qui suit la scarlatine. On connaît encore l'importance de cette hydrencéphalie dans la méningite tuderculeuse, et nous devons insister sur ce point. En effet nous avons trouvé à l'autopsie de la tuberculose pulmonaire. N'avons-nous donc pas eu affaire ici à une hydrencéphalie tuberculeuse? Le liséré blanchâtre signalé à la périphérie des artères méningées n'était-il pas formé par une infiltration de substance caséeuse? Nous avons essayé d'exprimer une semblable matière en pressant fortement entre les doigts les artères accompagnées de ce liséré blanchâtre, nous n'y avons pas réussi. Ce liséré se trouvait seulement dans les endroits où les méninges présentaient les opacités blanchâtres que l'on a signalées. Nulle part on ne pouvait voir sur la pie-mère étalée de nodule tuberculeux, même en regardant, comme on le recommande, cette membrane par transparence. Notre conviction que ces lésions n'étaient point tuberculeuses était si profonde que nous avons négligé, à tort, de faire l'examen histologique, qui eût donné sur ce point une certitude absolue.

Quoi qu'il en soit, tuberculose ou néphrite interstitielle, ou les deux réunies, bien qu'ici l'influence de la néphrite interstitielle seule soit pour nous plus probable, l'hydropisie ventriculaire et méningée a joué un rôle important : elle a déterminé l'apparition de l'apoplexie. Sa survenue brusque a produit une compression, une commotion suffisante pour abolir momentanément les fonctions du cerveau.

On conçoit que dans ces circonstances les phénomènes soient diffus; les phénomènes de paralysie limités correspondent à des lésions ellesmêmes limitées.



Dans notre cas cep[illegible] avait du côté droit émoussement manifeste de la sensibil[illegible] m[illegible]rtaine du mouvement.

A l'autopsie, le vent[illegible] paru plus dilaté que le droit. Comment expl[illegible] -il penser que les fra[illegible] plexus choro[illegible] ient susceptibles d'[illegible] trou de M[illegible] Cette asymétrie co[illegible] lle réellen[illegible] manifestations pa[illegible] roite? Ce [illegible] t permis de fai[illegible] oit possible [illegible] ertaine.

Q[illegible] t, le cas qu[illegible] un ex[illegible] exie par l[illegible] ressan[illegible] les urines [illegible] ravant, [illegible] l'œdèm[illegible] nous ne [illegible]. Cette [illegible]

éclairer le diagnostic d'une façon précise : on sait que souvent l'albumine fait défaut dans les urines de la néphrite interstitielle.

Au point de vue clinique, nous ferons remarquer que l'état du malade avait quelque chose d'assez particulier. Il entendait ce qu'on lui disait, mais ne semblait pas comprendre. Il avait à crier, à s'irriter à griffer, à pincer, une tendance marquée. L'hémiplégie droite était douteuse, l'émoussement de la sensibilité plus évident.

Entendre et ne pas comprendre : c'est là de la surdité verbale. Ce phénomène se montrait, comme le plus souvent, parce qu'il y avait suppression fonctionnelle d'une partie étendue des hémisphères cérébraux et surtout peut-être de l'hémisphère gauche. Dans l'espèce, cette suppression, ou tout au moins cette obtusion fonctionnelle, était caractérisée d'autre part par l'émoussement évident des perceptions douloureuses dans tout le côté droit.

REVUE DE LA PRESSE

Folie causée par la cachexie paludéenne. — Certains troubles cérébraux peuvent être dus à l'infection paludéenne dont ils constituent une des formes plus ou moins latentes; en effet, ils peuvent apparaître à une période assez éloignée des accès intermittents ; on voit donc combien il est important, dans tous les cas de troubles intellectuels, de scruter avec soin les antécédents pathologiques du malade.

Julius Mickle rapporte l'observation d'un soldat, âgé de 24 ans, qui avait été envoyé quelques années auparavant dans l'Inde, puis dans l'Afghanistan; dans ces deux résidences il avait présenté des symptômes d'intoxication paludéenne. Quelque temps après le premier accès, on remarque que sa conduite devient étrange ; il recherche la solitude, son caractère est sombre, irritable, ses paroles incohérentes.

Sa conduite avait été régulière jusqu'alors ; il n'était pas adonné aux excès ; pas de folie, pas de maladie nerveuse chez ses ascendants, pas de rhumatisme, pas de traumatisme crânien antérieur.

Le retour en Angleterre, six mois après, n'amène pas d'amélioration. Pendant les quatre premières semaines son état s'aggrave plu- ; [illegible] est plus bruyant et plus agité pendant la nuit, son langage est [illegible] et obscène ; souvent il a du délire furieux. A ce moment; [illegible]ickle la trouve taciturne ; souvent ses réponses sont inso- [illegible]tôt après incohérentes. De temps à autre il devient agité, [illegible]ène, il a un délire de persécution. Pas d'hallucinations [illegible]aux ; rien du côté des viscères ; langue large et flasque;

face terreuse ; lenteur du réflexe patellaire. Le poumon gauche est suspect.

Liqueur arsénicale : 8 gouttes ; bientôt après, 12 gouttes.

L'état s'aggrave un peu ; à l'excitation succède la dépression ; les pieds s'œdématisent ; la face devient plus terreuse ; les urines sont troubles, elles ne contiennent pas d'albumine ; au cœur on entend un souffle inorganique ; le poids du corps diminue ; la rate augmente légèrement de volume.

Suppression de l'arsenic ; fortes doses de perchlorure de fer ; pommade au biiodure de mercure sur la région splénique.

Toux, expectoration, signes de tuberculose au sommet gauche. La région splénique devient le siège de douleurs lancinantes ; la matité splénique commence à 2 cent. 1/2 de la ligne mamelonnaire ; sur la ligne axillaire, elle mesure 12 cent. 1/2. Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines ; le malade s'affaiblit ; l'anasarque s'accentue ; enfin des frissons et un mouvement fébrile apparaissent.

Quinine, 1 gr. ; acide sulfurique dilué, 20 gouttes ; continuation du perchlorure de fer.

Amélioration de l'état physique aussi bien que de l'état mental deux jours après. Au bout de huit jours, disparition de l'œdème des pieds ; le malade peut se promener et la convalescence s'établit franchement.

Cinquante jours après l'administration de la quinine, la rate ne mesure plus que 8 centimètres 1/2 sur la ligne axillaire. La quinine est alors supprimée ; on continue le fer. Au bout d'un mois, un frisson passager et une légère torpeur intellectuelle font reprendre l'emploi de la quinine pendant six semaines. Le malade est alors complètement guéri, et sort de l'hôpital.

(*The Practionner* et *Lyon médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

—

Séance du 17 *mai* 1882. — *Présidence de* M. L. LABBÉ.

RÉSORPTION DES SÉQUESTRES. -- *M. Lannelongue* présente à la Société le résultat d'une série d'expériences qu'il a entreprises depuis plusieurs mois sur la résorption des séquestres,

Il rappelle que déjà, il y a quinze ou vingt ans, cette question avait été étudiée par plusieurs expérimentateurs, entre autres par Billroth, Langenbeck, Stanley. On avait démontré que des chevilles d'ivoire pouvaient subir, lorsqu'elles étaient enfoncées dans un os, un commencement de résorption et qu'elles présentaient à leur surface de nombreuses anfractuosités. Plusieurs chirurgiens, et parmi eux Volkmann, en avaient conclu que des séquestres pouvaient se résor-

ber, mais il restait évidemment des doutes que M. Lannelongue a cherché à lever par des expériences ingénieusement conduites.

Voici quel a été le procédé employé par M. Lannelongue :

Sur un humérus humain, depuis longtemps desséché, il prend une cheville osseuse de 6 millimètres de long sur 3 millimètres et demi de diamètre. Après avoir nettoyé ce fragment osseux dans une solution phéniquée, il fait une trépanation sur le tibia d'un lapin et place la cheville jusqu'au centre de la cavité médullaire. Sur l'autre tibia il refait l'expérience, mais cette fois avec une cheville d'ivoire de même calibre et de même volume.

M. Lannelongue a employé le même procédé sur d'autres animaux et il est arrivé, dans tous les cas, à des résultats identiques.

L'animal étant sacrifié, au bout de deux ou trois jours, on constate que la cheville osseuse a subi des transformations remarquables. A l'œil nu il est facile de voir que la portion engagée dans la partie médullaire a presque complètement disparue et est remplacée par de la substance osseuse de nouvelle formation. Au niveau du tissu compacte du tibia, le séquestre est notablement diminué et est devenu très mou, enfin à la surface du tibia, le périoste a reformé une coque osseuse. Il n'est resté de ce corps étranger osseux que les deux dixièmes seulement de sa longueur primitive.

Mais c'est surtout au microscope que le résultat de l'expérience est particulièrement intéressant. Ce qui reste de la cheville osseuse est recouvert de nombreux éléments embryonnaires qui s'enfoncent dans une série de dépressions formées à sa surface. Toutes les cavités dont elle est creusée, les canaux de Havers eux-mêmes, sont pleins d'éléments embryonnaires, et les éléments jeunes forment au niveau de la portion compacte du tibia une soudure complète entre l'os vivant et le séquestre expérimental.

Du côté de l'ivoire le résultat est bien moins appréciable. Sa longueur a diminué seulement de 1 millimètre; sur les côtés on retrouve un état grenu signalé par les auteurs; dans le tissu compacte l'ivoire est à peine altéré.

Il résulte donc de ces expériences qu'une partie d'un os mort introduite dans un os vivant peut être résorbée et remplacée par un tissu osseux de nouvelle formation. Ce fait n'avait pas été jusqu'ici démontré expérimentalement. Du reste M. Lannelongue avait essayé de produire cette résorption au niveau d'autres tissus, dans les cavités séreuses, mais sans aucun résultat.

Pour que l'expérience puisse réussir il est nécessaire que le séquestre ne soit pas entouré par du pus, et pour cela il faut employer tous les moyens de la méthode antiseptique pour empêcher la suppuration.

Dans ces conditions on ne retrouve plus aucune trace du séquestre

dans les éléments embryonnaires voisins. Il est donc permis de conclure qu'il est resorbé. — M. Lannelongue formule donc les conclusions suivantes :

1° La résorption des séquestres est un fait qui se démontre expérimentalement.

2° La suppuration dans la capsule séquestrale autour du séquestre lui-même est un obstacle à cette résorption.

Maís la suppuration peut n'avoir qu'une durée temporaire et s'il lui succède des végétations embryonnaires, les bourgeons charnus accolés au séquestre s'engagent dans les anfractuosités même les plus minimes qu'il présente, et produisent sa résorption par un mécanisme dont on suit toutes les phases par l'expérimentation.

3° La résorption de l'os mort a lieu plus promptement et plus facilement que celle de l'ivoire; de plus, elle est suivie de la formation d'un os nouveau. Aussi doit-on préférer l'os à l'ivoire dans la pratique des résections, si on veut assurer le maintien des fragments de plaie par l'un ou l'autre de ces moyens.

4° L'os préparé pour ce but sera désinfecté, au préalable, avec soin.

M. Trélat dit que les expériences très concluantes de M. Lannelongue viennent à l'appui des faits observés en clinique. A la suite des ostéomyélites, lorsqu'on examine la coupe de l'os au niveau du séquestre, on trouve à la périphérie une couche osseuse, puis de nombreuses fongosités formées par des éléments embryonnaires, enfin au centre un petit séquestre finement dentelé.

OPÉRATION DE PORRO. — *M. Lucas-Championnière.* A propos de l'observation présentée dans la dernière séance par M. Guichard (d'Angers), le rapporteur présente quelques considérations intéressantes sur l'opération de Porro.

M. Lucas-Championnière analyse l'intéressante observation de M. Guichard que nous avons résumée dernièrement. Il pense que la céphalotripsie n'était pas praticable. Au-dessus de 6 centimètres, cette opération donne de très mauvais résultats, quelle que soit l'habileté du chirurgien, quel que soit l'instrument employé.

L'opération de Porro était donc absolument indiquée. Mais encore les résultats de cette opération ne sont pas très encourageants. Dans un travail de Simpson (1) on voit que le chiffre de la mortalité est de 67 0/0. Le rapporteur croit que dans certaines conditions on devrait préférer l'opération césarienne, dont la gravité est beaucoup diminuée par l'emploi de la méthode antiseptique. Mais celle-ci n'est pas toujours possible, comme dans le cas de M. Guichard, et alors l'opération de Porro s'impose.

(1) British medical Journal. Juin, 1881.

Pour le manuel opératoire M. Lucas-Championnière s'en tient presque exclusivement aux règles données par le chirurgien italien. Il repousse l'idée de Müller, qui, voulant éviter la chute des liquides dans le péritoine, attire au dehors l'utérus tout entier ; ce tiraillement est dangereux et sans utilité bien marquée. Il accepte, au contraire, l'incision préconisée par M. Tarnier, qui, après avoir entamé l'utérus avec le bistouri, déchire les parties profondes, plus vasculaires, avec les doigts pour éviter l'hémorrhagie. La plus grande difficulté vient de la confection du pédicule ; aussi est il indispensable de faire plusieurs anses séparées au moyen de fil de catgut. Il vaut beaucoup mieux ne pas réduire ces pédicules séparés. La mortalité tient à deux causes, assez rarement à la péritonite, le plus souvent aux phénomènes de dépression nerveuse qui caractérisent le schock.

M. Th. Anger demande si les phénomènes observés chez la malade qui fait le sujet de cette observation ne pourraient pas être attribués à l'empoisonnement par l'acide phénique, puisqu'on signale les tendances à l'apnée, des sueurs profuses, un abaissement de la température, enfin des urines noires.

M. Polaillon pense que les phénomènes observés dépendent du shock et non d'un empoisonnement par l'acide phénique. L'hémorrhagie ne viendrait-elle pas contribuer à l'affaiblissement du malade: il n'existe pas, en effet, de moyen bien sûr pour éviter l'hémorrhagie du pédicule.

M. Marc Sée rappelle à ce propos qu'on a proposé la section cunéiforme du pédicule utérin, dont les deux valves peuvent être rapprochées et suturées.

M. Marchand a été obligé de pratiquer d'urgence, pour ainsi dire, une opération de Porro pour une rupture spontanée de l'utérus; n'ayant rien de prêt pour la ligature du pédicule, il fit la striction avec l'écraseur de Chassaignac. La malade, qui était déjà dans un état général très mauvais, mourut le soir même, et, à l'autopsie, on retrouve les signes d'une péritonite.

M. Lucas-Championnière répond que les signes observés ne sont pas ceux de l'empoisonnement phéniqué. La pédiculisation par des anses séparées lui paraît suffisante. On avait déjà proposé la striction par la chaîne de l'écraseur.

DE LAPERSONNE.

BIBLIOGRAPHIE

DES ÉPANCHEMENTS SANGUINS INTRA-CRANIENS CONSÉCUTIFS AU TRAUMATISME, par le Dr Gérard *Marchant*, prosecteur à la Faculté de médecine. In-8, 205 p. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1881.

M. G. Marchant s'était déjà préparé à ce travail par un important

mémoire publié dans la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* sur les ruptures de l'artère méningée moyenne (1880). Sa thèse est un travail d'ensemble sur les épanchements sanguins intra-crâniens d'origine traumatique.

Ces épanchements prennent leur source : 1° dans les vaisseaux de la paroi crânienne, qu'ils appartiennent en propre à cette paroi (veines du diploé) ou qu'ils la traversent ; 2° dans les vaisseaux contenus dans l'épaisseur de la dure-mère (vaisseaux méningés moyens, sinus) ; 3° dans les vaisseaux de la pie-mère extérieure ou intérieure.

Les vaisseaux du diploé sont rompus dans le cas de fracture du crâne ; cette rupture produit un épanchement peu abondant qui se collecte en dehors de la dure-mère.

Les sinus de la dure-mère peuvent être piqués ou perforés par des esquilles ou des instruments vulnérants ; les sinus dits découverts, c'est-à-dire le sinus longitudinal supérieur, les sinus latéraux et le pressoir d'Hérophile et les sinus caverneux sont surtout exposés à ce traumatisme ; les sinus profonds ou cachés se rompent par déchirure dans la disjonction osseuse. L'épanchement consécutif est le plus souvent extra-dure-mérien unilatéral ou en dos d'âne.

Les vaisseaux méningés moyens sont souvent lésés dans les fractures temporo-pariétales.

La rupture artérielle reconnaît deux mécanismes : une déchirure consécutive à la division du canal osseux que parcourent souvent le tronc et la branche antérieure de l'artère méningée moyenne avant son épanouissement, ou bien une piqûre directe par une esquille, que la fracture soit irradiée de la voûte à la base ou soit due à un véritable enfoncement.

A ces deux variétés et en raison de la différence d'adhérence de la dure-mère à la base du crâne et dans les fosses temporales et occipitales, M. Marchant oppose dans la plupart des cas des épanchements variables de siège et de volume. Dans le cas de déchirure du canal ostéo-artériel du tronc de l'artère méningée moyenne par une irradiation fissurique de la voûte à la base, l'épanchement sera en dedans de la dure-mère, en nappe et semi-coagulé. Dans le cas de fracture esquilleuse avec piqûre ou perforation de l'une des branches de l'artère méningée moyenne, l'épanchement siège en dehors de la dure-mère, il occupe une zone parfaitement déterminée, dite zone décollable de la dure-mère ; il forme tumeur et est constitué par un caillot volumineux de dimension à peu près constante.

Lorsque l'esquille perfore simultanément le vaisseau et la dure-mère qui le contient, l'épanchement sanguin est à la fois intra et extra-dure-mérien.

Les plaies contuses du cerveau et de ses membranes, la contusion

cérébrale directe et indirecte interviennent pour produire les épanchements péri-pie-mériens. Les épanchements ventriculaires reconnaissent les mêmes causes et affectent la forme de la cavité qu'ils occupent; dans les épanchements ventriculaires, comme dans les collections sus-pie-mériennes, le sang épanché se mélange avec le liquide céphalo-rachidien ; aussi le sang est-il rarement coagulé en entier.

Ces collections sanguines produisent des phénomènes de compression cérébrale, surtout lorsqu'il s'agit d'épanchements extra-dure-mériens. L'hémiplégie et le stertor associés sont les deux symptômes communs à tous les épanchements sanguins quelle que soit leur variété ; ils n'existent que lorsque la masse cérébrale est comprimée. Les épanchements extra-dure-mériens, dus à des lésions des sinus découverts et surtout à des blessures des vaisseaux méningés moyens, se traduisent par une symptomatologie suffisamment définie.

Le diagnostic est possible, en se basant à la fois sur les phénomènes locaux et sur les phénomènes généraux. Le pronostic est toujours très grave puisqu'il y a mort dans la presque totalité des cas.

L'intervention thérapeutique est le plus souvent contre-indiquée; chez les enfants cependant le trépan peut offrir quelques chances de succès, mais chez l'adulte et le vieillard il est impuissant dans la majorité des cas, et cela pour trois raisons : à cause du volume de l'épanchement qui se fait dans l'intérieur du crâne; en second lieu parce que le caillot est le meilleur hémostatique; en troisième lieu parce que la plaie artérielle, dans les cas où il est possible de la retrouver, échappe aux moyens hémostatiques habituels.

La thèse, très consciencieuse et très étudiée de M. Gérard Marchant, est suivie d'un nombre imposant d'observations (62) dont quelques-unes sont inédites.

A. CH.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 22 au 27 mai 1882.) — *Lundi*, 22. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Verneuil, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (oral) : MM. Vulpian, Guyon et Dieulafoy. — 2e (nouveau régime, 1re partie, anatomie et histologie) : MM. Parrot, Duplay et Cadiat. — 2e (ancien rég.) : MM. Potain, Fournier et Pozzi. — 3e : MM. Baillon, Gariel et Bourgoin. — 1er (officier de santé) : MM. Charcot, Hayem et Remy. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Depaul, Bouchardat et Hanriot.

Mardi, 23. — Doctorat, 1er, dissection : MM. Sappey, Cornil et Richelot. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien col-

lège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e (nouveau régime, 1re partie oral, anatomie et histologie) : MM. Robin, Panas et Berger. — 4e : MM. Jaccoud, Brouardel et Grancher. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Ball et Peyrot. — 5e (Charité) : MM. Richet, Laboulbène et Charpentier.

Mercredi, 24. — Doctorat, 1er, dissection : MM. Verneuil, Duplay et Pozzi. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : MM. Béclard, Tillaux et Remy. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Vulpian, Fournier et Marchand. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Trélat, Charcot et Dieulafoy. — 3e : MM. Baillon, Hanriot et Henninger. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Hayem et Terrillon. — 5e (Charité) : MM. Potain, Guyon et Pinard.

Jeudi, 25 (Assemblée de la Faculté à 3 heures très précises). — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Le Fort, Panas et Berger. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : MM. Richet, Ball et Richelot. — 2e (ancien régime, oral) : MM. G. Sée, Peter et Humbert. — 2e (nouveau mode, oral, anatomie et histologie) : MM. Robin, Cornil et Peyrot. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Sappey et Hardy.

Vendredi, 26. — Doctorat, 2e (nouveau régime, dissection) : MM. Verneuil, Tillaux et Terrillon. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : MM. Trélat, Charcot et Remy. — 1er (ancien régime, oral) : MM. Parrot, Duplay et Reclus. — 1er (ancien régime, oral) : MM. Vulpian, Guyon et Marchand. — 2e (nouveau régime, oral, 2e partie, physiologie) : MM. Béclard, Potain et Ch. Richet. — 3e : MM Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 4e : MM. Bouchardat, Hayem et Landouzy.

Samedi, 27. — Doctorat, 1er, dissection : MM. Richet, Cornil et Peyrot. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : MM. Le Fort, Panas et Raymond, — 2e (ancien régime, oral) : MM. Hardy, Jaccoud et Humbert. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Ball, Legroux et Berger. — 2e (ancien régime, oral) : MM. G. Sée, Peter et Richelot. — 2e (nouveau mode, oral, 1re partie, anatomie et histologie) : MM. Robin, Laboulbène et Troisier.

Samedi, 27. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours pour deux places de médecins du bureau central.* — Le sort a désigné pour faire partie du jury de ce concours, qui commencera le 2 juin, MM. Moissenet, Triboulet, Grancher, Cazalis, Hillairet, Luys et Berger. Nous ferons connaître les modifications qui pourraient se produire dans la composition du jury.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

Vingt-Neuvième année — Tome I. N° 60. Mardi 23 Mai 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
Delahaye et E. Lecrosnier
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale .. 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE


VÉRITABLE
EXTRAIT DE VIANDE
LIEBIG
PRÉCIEUX POUR MALADES & MÉNAGE
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'HONNEUR
EXIGER le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Épiciers & Pharmaciens.


EN VENTE DANS LES Mons d'EAUX MINÉRALES
EAU
SULFUREUSE
Source
SÉVIGN
APPROBATION de l'ACADÉM
AUTORISATION
AGENCE GÉNÉRAL
PARIS
AFFECTIONS
LARYNX ASTHM
BRONCHES

29e Année. — Tome I. — N° 60. Mardi 23 Mai 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Un cas d'hystérie chez l'homme,

Par M. G. Lecoq
Interne des hôpitaux.

(Communication à la Société clinique.)

Hystérie chez un homme de 21 ans. — Contracture permanente des membres inférieurs et pied bot hystérique. — Contractures passagères généralisées de tout le système musculaire lisse ou strié. — Crises convulsives. — Erythème vaso-moteur au cours de l'une d'elles. — Hyperexcitabilité musculaire hors l'état d'hypnotisme.

J'ai l'honneur de présenter à la Société clinique l'observation d'un malade âgé de 20 ans, qui comprend des manifestations hystériques rarement observées chez l'homme, croyons-nous.

Son histoire, déjà rapportée dans la *Gazette des hôpitaux* du 12 juin 1880, p. 536, sous le titre de « *Spasmes fonctionnels et tétanos chez un athlète* », nous semble digne d'être rapportée de nouveau.

Pour nous, il s'agit en effet de spasmes, de contractures hystériques locales ou générales, de phénomènes d'hyperesthésie ou d'hyperexcitabilité musculaire remarquables en ce qu'ils sont observés hors de tout état d'hypnotisme.

Enfin, au cours d'un paroxysme consécutif, nous avons relevé l'existence d'un *érythème vaso-moteur* semblable à ceux qui ont été signalés chez la femme ; nous pensons signaler pour la première fois ce symptôme chez l'homme.

Je dois tout d'abord mes plus vifs remerciements à mon collègue et ami Thuvien qui, m'ayant précédé dans le service de M. le Dr Ferrand, m'a permis de larges emprunts à ses propres observations et m'a fourni, avec le contrôle possible entre ses notes et les miennes, de poursuivre assez longtemps l'histoire du malade.

Il m'a offert, de cette façon, l'occasion d'affirmer qu'il y a de nombreuses raisons pour croire aux récits, aux manifestations morbides d'un malade qui, d'après son état hystérique, pouvait être suspecté à bon droit.

Observation. — Eugène Moulin, 21 ans, entre le 4 mai 1880, dans le service de M. le Dr Ferrand, à l'hôpital Laënnec, salle Cruveilhier, lit n° 26.

Antécédents des grands parents, totalement inconnus.

Une tante, sœur de son père, était « comme idiote », dit-il, sans plus de détail.

Le père est depuis longtemps un buveur forcené et consommait surtout de l'absinthe. Fréquemment il rentrait ivre à la maison, en proie même à des accès de furie pendant lesquels il traitait à coups de bâton femme et enfants. Nous avons même recueilli personnellement de la bouche du sujet ce fait que, dans un accès de délire, il eut le malheur de tuer d'un coup de couteau sa plus jeune fille. Arrêté et conduit à Sainte-Anne, il fut bientôt relâché sur la demande de sa famille qu'il faisait vivre, malgré tout, et soutenait de son travail dans l'intervalle de ces crises d'absinthisme aigu.

Quant à sa mère, le malade n'a conservé aucun souvenir pathologique. De même pour ses frères ou ses sœurs.

Il faut admettre toutefois de notables prédispositions héréditaires, collatérales ou directes, quand on apprend qu'il est abandonné de tous depuis 1870, et qu'il est absolument resté seul, sans nouvelles des siens, depuis treize ans bientôt.

Ces influences psychiques héréditaires ont agi sur les antécédents personnels du sujet. Ecartons tout d'abord les accidents pathologiques qui se réduisent à la *variole* vers 9 ans, à des accidents *strumeux* jusqu'à l'âge de 11 ans.

Rappelons, ainsi qu'on le verra plus loin, qu'il offre une pointe de *hernie inguinale droite*. Enfin, en 1876, il aurait fait un séjour de trois mois à l'hôpital Beaujon, parce qu'un tombereau qu'il conduisait lui était passé sur le corps.

Ecartons aussi tout excès de boissons, tout excès vénérien « de peur des maladies ».

Mais insistons sur le genre de vie qu'il a menée depuis l'enfance, et qui, à de nombreux points de vue, agit sur la production des manifestations morbides.

Jusqu'à l'âge de 9 ans, il n'a qu'une vie de famille assez misérable, devant la conduite de son père. A cet âge, en 1869, il devient apprenti bijoutier, mais il n'aimait pas le travail, il n'avait aucun goût pour cet état ; on l'employait surtout aux courses nécessaires : aussi, apprentissage nul.

Dans l'été de 1870, il quitte son patron, mais se voit livré à lui-même. Dès la déclaration de guerre, ses parents fuyaient en Belgique, paraît-il, et l'abandonnaient. Il fut alors placé dans un régiment comme enfant de troupe, par la police, et y passa trois années, où il n'apprit ni à lire ni à écrire, et pendant lesquelles il ne montra jamais de goût que pour les exercices du corps et la gymnastique.

Il fut « libéré » au bout de trois ans, dans des circonstances qu'il laisse incompréhensibles ; il se trouvait sans domicile, quand, le soir, dans une foire de faubourg, il entra demander à coucher dans une baraque de saltimbanques. Dès le lendemain il consentait à s'engager

dans leur troupe pour s'occuper d'exercices gymnastiques, trapèze, voltige, etc., etc.

Au bout d'un an, il dut les abandonner; jugé impropre à tout travail, car il venait de contracter une pointe de hernie inguinale droite, en tombant, un jour, les jambes violemment écartées et prises dans les anneaux. Il dut chercher d'autres occupations, et se fit admettre dans une autre troupe « pour y faire les poids ». Des exercices prolongés, souvent répétés dans le jour, et même la nuit, le mettent bientôt à même de travailler en public. Il y faisait merveille, à l'en croire, et mettait tout son amour-propre, pour peu que l'assistance fût nombreuse, à soulever des poids de plus en plus lourds, malgré tous les efforts et la fatigue qu'il en ressentait.

Cela ne suffisait pas pour vivre, dans la mauvaise saison surtout. Il dût se faire employer au balayage des rues, au service municipal de la voirie, à la garde des chantiers ou des constructions, même pendant la nuit. Il les passait ainsi souvent en plein air, ou bien couchait à l'écurie, souvent transi de froid, dans l'hiver de 1879-80 surtout. Cette cause, ajoutée à la fatigue, à la mauvaise nourriture, et principalement au surmenage musculaire, doit être relevée d'une façon toute spéciale, car l'affection fut notablement exagérée dans l'hiver signalé.

Histoire de l'affection. — Ce fut au mois de juillet 1879 que parurent les premiers indices de l'affection. Déjà les exercices d'haltère se signalaient par quelques « raideurs », par quelques crampes dès que le poids soulevé était considérable (40-50 kil. d'un seul côté). Un jour, dans un effort plus énergique, il éprouve subitement dans le bras une douleur vive. Des crampes envahissent la totalité du membre supérieur droit qui s'étend invinciblement, la main s'ouvre de force et lâche le poids qu'elle tenait. Au bout de quelques instants tout phénomène s'évanouit, mais pour reparaître dès lors, plus ou moins douloureux au moindre exercice. En l'espace de trois mois le bras gauche, les membres inférieurs furent envahis, les genoux ne pouvaient plus se fléchir, les jambes et les cuisses devenant « raides », se remuant d'une seule pièce au point de rendre la marche fort difficile, de troubler l'équilibre et de faire souvent tomber le sujet.

Dans l'hiver de 79-80 surtout, où le froid fut si vif, alors que le malade, devenu gardien d'un chantier pendant la nuit, n'eut même pas le droit d'allumer du feu, les phénomènes de « rougeur » s'exagérèrent et devinrent tels, parfois, qu'il lui était impossible de lever la jambe pour franchir le moindre obstacle.

Tous les symptômes ne firent qu'empirer le trimestre suivant, et cependant il ne consultait que pour la première fois lorsque le Bureau central, le 4 mai, le dirigea sur le service actuel.

Description de l'habitus extérieur. — En réunissant diverses par-

ticularités consignées dans les notes de mon collègue Thuvien comme dans les miennes, nous avons pu esquisser le portrait suivant du malade.

Eugène Moulin est de taille assez petite pour avoir été réformé au conseil de révision; néanmoins il a bien un aspect athlétique, si l'on en juge par la saillie et le volume des masses musculaires. On l'a promptement appelé l'*hercule*, à l'hôpital Laënnec, et ce terme, dont il est très fier du reste, lui est resté; mais c'est un hercule spécial, et bien que sa vue rappelle absolument le type des «*paralysies pseudo-hypertrophiques*» des planches de Duchenne, on est frappé de son attitude, de sa démarche.

La tête est d'un volume considérable et maintenue rigide sur un cou court et volumineux où l'on sent facilement des trapèzes, des sterno-mastoïdiens contracturés; son front est bas et fuyant, les yeux légèrement saillants, le regard sournois, ou même hébété et anxieux lorsqu'il existe des paroxysmes tétaniformes qui déterminent alors un certain degré d'exophthalmie. Les oreilles sont larges, à lobule adhérent, comme chez les névropathes héréditaires. La mâchoire est normalement conformée. L'expression du visage est tantôt niaise, tantôt bêtement empreinte de satisfaction, tantôt malicieuse. En résumé, on croirait volontiers, par moments, que c'est la tête d'un «*crétin*».

La poitrine est étroite, l'abdomen est tendu et saillant, le tronc est bien dessiné et sans ensellure notable; et tous les groupes musculaires, pectoraux, trapèzes, muscles dorso-lombaires, muscles intercostaux, abdominaux, et peut-être même le diaphragme forment des masses fortement saillantes sous une forme cutanée peu adipeuse en somme, des masses bien dessinées, facilement mises en état de contracture à la moindre excitation locale.

Les membres inférieurs, hormis la région fessière, participent à l'hypertrophie générale du système musculaire, à son état de contraction tonique. La station verticale n'est possible que dans certaines périodes d'accalmie, et encore les membres restent largement écartés, rigides et rectilignes; le pied est renversé sur son bord interne; les orteils sont légèrement rétractés en griffes, rappelant un pied bot varus équin bi-latéral de nature vraisemblablement hystérique.

Souvent, les trois principales articulations du membre inférieur sont passagèrement intéressées. Nous n'avons pas noté de coxalgie permanente, mais il est des moments où le sujet ne marche qu'avec un dandinement, un balancement latéral qui permet de croire à des contractures péri-coxo-fémorales. Par contre, l'articulation du genou, du cou-de-pied, est plus fréquemment lésée, car le membre est rigide, se meut tout d'une pièce, comme un balancier, et non

sans un certain degré d'ataxie. C'est alors que la progression du malade est difficile, ne se fait que par oscillations sur tous les appuis voisins et ne s'exerce qu'avec de nombreux faux pas.

On retrouve encore même pied bot, même rigidité musculaire lorsque le malade est couché. Sa démarche nous a sensiblement paru la même, alors qu'il était observé à son insu, mais avec des variations d'intensité qui, au maximum, comportent le balancement précité.

Le membre supérieur ne participe pas à ces attitudes spéciales. Tous les groupes musculaires de l'épaule, du bras, de l'avant-bras, de la main même, sont fortement saillants, mais il faut un paroxysme tétaniforme pour avoir soit une griffe, soit une extension forcée du membre ; nous y retrouverons l'hyperexcitabilité musculaire ; mais, pour écarter immédiatement la possibilité du cas de « *Tétanie* », nous dirons que nous n'avons jamais observé la main caractéristique (main en cône, des accoucheurs). La force de préhension était peu considérable à l'entrée, plus tard les contractures ne nous ont pas permis d'évaluer la force dynamométrique.

Phénomènes saillants depuis l'entrée jusqu'en 1881. — L'état des contractures locales ou générales, permanentes ou passagères, fut remarquable en juin 1880, sous l'influence d'orages répétés. Il y eut des alternatives de rémission et d'exacerbation identiques à celles que nous relatons plus loin.

Après un embarras gastrique fébrile de peu d'importance, on observa une longue période de calme relatif. Mais, le 26 octobre 1880, un paroxysme général survient et se généralise à la langue, à l'orbiculaire palpébral, aux muscles du larynx, semblable à ce qui devait se reproduire plus tard.

Trois jours après, l'hyperesthésie et l'hyperexcitabilité musculaire étaient telles que la moindre irritation cutanée était accompagnée de tétanisation momentanée et générale. Le paroxysme terminé, il survenait une trémulation musculaire générale et des contractions fibrillaires spontanées.

31 octobre. Le sujet présente des manifestations psychiques qui confirment, à notre avis, l'hypothèse d'affection hystérique. Cependant il faut dire que, depuis cinq jours environ, le malade prenait quotidiennement 10 grammes de bromure de potassium.

Eugène M... est devenu sournois, malicieux, boit par bravade ou par méchanceté les potions de ses voisins ; dit que ses camarades lui veulent du mal, l'accusent de paresse, et sont méchants envers lui. Il dit que « les médecins veulent sa mort pour le travailler ». Il se disculpe, sans qu'on l'ait incriminé, d'avoir volé un malade voisin, mort quelques jours avant.

L'état musculaire précité persiste au même degré. On ne peut,

pour cette raison, constater le *réflexe tendineux* du genou, le choc du tendon déterminant l'extension et la contraction du membre; la *trépidation épileptoïde* ne s'obtient que très passagèrement.

11 novembre suivant. L'appareil digestif semble interessé. La mastication des aliments solides est difficile, les potages seuls sont facilement déglutis. Pas de trismus, mais la langue reste immobile sur le plancher buccal et la parole semble légèrement nasonnée. L'état psychique est le même; *il n'existe aucun trouble visuel, aucun trouble de sensibilité cutanée.* Le soir même, il va dérober à l'office 200 grammes de sirop de chloral (20 grammes de chloral), l'avale et tombe en résolution.

Nous voyons ensuite la journée du 20 décembre 1880 signalée par des convulsions *hystériformes*. Depuis deux jours, l'hyperexcitabilité condamnait spontanément le malade au repos. Frictions, titillations, compressions vasculo-nerveuses produisaient un résultat semblable à celui que nous décrirons plus loin, quand on dut constater les attaques suivantes. Le malade se roule dans son lit en poussant des cris d'angoisse, accusant des douleurs vives, soudaines, dépendant des crampes générales. Les membres inférieurs sont rigides et étendus, le pied en adduction. Les membres supérieurs sont fléchis et contracturés. La tête tantôt s'incurve en arrière, tantôt se fléchit tout d'un coup en avant. Les yeux sont convulsés en bas, les mâchoires rapprochées par du trismus, la face tuméfiée et cyanosée, le malade étouffe. Puis, au bout de quelques instants, tout se calme momentanément sans faire place à des convulsions cloniques.

Rien du côté des urines, du rectum. Rien pour les pupilles. On ordonne 6 grammes de bromure et 6 grammes de chloral ainsi qu'une injection de morphine de 25 milligrammes.

La nuit suivante et les deux jours consécutifs offrirent la même agitation. Le malade poussait des cris incessants, délirait même, et l'état cérébral s'accuse d'autant plus qu'il s'entend accuser de simulation par ses voisins. On se décida alors le 20 ou le 21 décembre à faire une saignée de 250 grammes, suivie d'amélioration le lendemain et après dans l'état paroxystique, mais sans modification de les contractures musculaires lors des mouvements volontaires.

(*A suivre.*)

Sur l'empoisonnement chronique par l'arsenic,

Par MM. O. Caillol de Poncy et Ch. Livon (1).

Dans une première note (*Comptes rendus*, 9 juin 1879), nous avons fait connaître le résultat de nos recherches relativement à la localisation de l'arsenic dans le cerveau. Les résultats que nous avons

(1) Communication à l'Académie des Sciences.

l'honneur de présenter aujourd'hui portent sur la marche de l'empoisonnement chronique et sur les altérations de certains organes.

Lorsque l'on soumet des chats, par exemple, à un régime arsenical continué, à faible dose, pendant longtemps, ces animaux semblent, dans la première période, s'en trouver admirablement, car ils mangent davantage, ils engraissent et ont tous les signes d'une très bonne santé; mais, le traitement continuant, ces mêmes animaux, après être restés pendant un certain temps dans cet état de santé parfaite, commencent à maigrir; la diarrhée les prend, ils perdent l'appétit et deviennent languissants; ils finissent enfin par mourir dans un état d'anémie et de maigreur qui fait un contraste surprenant avec l'état dans lequel ils se trouvaient dans la première période de l'expérience.

A l'autopsie, tous les muscles, y compris le cœur, sont d'une pâleur extrême; le foie, les poumons et les reins présentent à l'œil nu tous les caractères de la dégénérescence graisseuse et, fait particulier, les ganglions mésentériques sont tous très hypertrophiés et ont subi aussi la dégénérescence graisseuse.

MM. Cornil et Brault ont déjà signalé la dégénérescence graisseuse du foie, des poumons et des reins dans l'empoisonnement aigu, mais rien n'a encore été dit à propos des ganglions mésentériques.

Nous nous bornerons à signaler, pour le moment, les altérations constatées dans les poumons et dans les ganglions mésentériques.

Poumons. — Les résultats auxquels nous sommes arrivés diffèrent un peu de ceux qu'ont obtenus MM. Cornil et Brault, mais il faut faire attention que ces messieurs étudiaient l'empoisonnement aigu, tandis que nos recherches ont porté sur l'empoisonnement chronique. Cette seule différence explique suffisamment la variété du processus.

Les auteurs que nous venons de citer ont trouvé les capillaires pulmonaires dilatées par du sang, les cellules endothéliales envahies par de très grosses granulations graisseuses. Sur certains points, ils ont trouvé des hémorrhagies, des alvéoles pulmonaires remplies de grosses granulations graisseuses. Nous autres, nous n'avons trouvé de réellement altérées que les cellules épithéliales alvéolaires qui sont en pleine dégénérescence graisseuse. Certaines alvéoles sont envahies complètement par les cellules dégénérées, qui finissent par obstruer entièrement l'alvéole et enfin tout le lobule pumonaire: c'est ce qui explique les îlots blanchâtres que l'on voit à la surface et dans l'intérieur des poumons.

Ganglions mésentériques. — En ouvrant l'abdomen des animaux ayant succombé à l'empoisonnement chronique par l'arsenic, ces ganglions apparaissent comme de grosses masses d'un blanc jaunâtre et ayant à l'œil nu un aspect caséeux. Après une étude convenable faite sur des coupes et à l'aide des réactifs usuels, il est facile de

voir que la portion périphérique surtout, la région folliculaire, est en certains points envahie complètement par la dégénérescence graisseuse. Mais cette dégénérescence ne se borne pas aux follicules, elle envahit le ganglion par larges plaques, aussi bien dans la région périphérique que dans la région centrale. Les parties dégénérées sont pleines de grosses cellules à contenu granuleux et graisseux comme le montre l'acide osmique.

Il se passerait donc ici un processus semblable à celui qui se passe dans le poumon. Sous l'influence de l'absorption lente et successive de l'arsenic, les cellules endothéliales que renferme le ganglion subissent la dégénérescence graisseuse. Elles envahissent la région la plus active du ganglion, la région folliculaire, qui serait la première atteinte, puis ensuite la dégénérescence, s'étendant de proche en proche, gagne sinon tout le ganglion, du moins une bonne partie.

REVUE DE LA PRESSE

Des ruptures spontanées du rectum. — Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Richet, dont il était alors interne, un cas de rupture spontanée du rectum, M. E. Quénu, prosecteur des hôpitaux, a mis ce fait à profit pour réunir, dans une très intéressante monographie publiée par la *Revue de chirurgie* (avril 1882), tous les documents connus sur une lésion aussi curieuse que mal élucidée.

Mais d'abord, M. Quénu réserve le nom de rupture spontanée du rectum à la déchirure de toutes les tuniques de l'intestin, en apparence sain, survenant sous la simple influence d'un effort. Jusqu'ici, 9 observations seulement ont été publiées; 5 sont complètes et, dans celles-ci, le prolapsus du rectum est noté quatre fois. La rupture s'est toujours produite au moment d'un effort. Aucune observation ne fait mention d'écoulement de sang, d'hémorrhoïdes ou d'inflammations antérieures du rectum: les malades avaient un prolapsus, mais, à part cela, se portaient bien.

La rupture du rectum se fait brusquement. Tout d'un coup, le malade ressent des douleurs aiguës dans le ventre, il est près de se trouver mal et s'aperçoit qu'une masse volumineuse sort de son anus. Bientôt, les déplacements, les efforts chassent de la cavité abdominale d'autres portions d'intestins qui se répandent entre les cuisses.

La masse viscérale sortie est composée d'intestin grêle resté adhérent au mésentère. Si l'on essaie de pratiquer le toucher rectal, on suit le pédicule dans le rectum et on peut ainsi, dans certains cas, atteindre la déchirure.

Il est difficile de réduire une masse aussi considérable, distendue

par les gaz et les matières fécaloïdes; de plus, à mesure que se fait la réduction, la pression intra-abdominale augmente et devient une nouvelle source de difficultés. Pour obtenir la réduction, M. Quénu conseille de faire coucher le malade sur le côté, un membre inférieur (celui de dessous) légèrement étendu, l'autre fléchi à angle droit. Un aide écartera la fesse; alors, recommandant au malade de ne faire aucun effort, le chirurgien, après avoir tenté de reconnaître le siège de la déchirure, dévidera doucement l'intestin en commençant par les anses moins malades; il fera de temps en temps circuler les gaz et les liquides, en pressant doucement entre les doigts, et de bas en haut, le tube intestinal qu'il cherche à réduire. Si l'opération est possible, il vaut mieux suturer, en prévision de la pénétration des matières fécales dans le péritoine.

Si la réduction est impossible, il faut faire la laparotomie, dévider l'intestin en l'attirant doucement vers la paroi abdominale, rapprocher ensuite les bords de la plaie rectale et fermer la plaie abdominale en dernier lieu.

M. Quénu va plus loin. Si, la réduction ayant été possible, on ne peut faire la suture du rectum, on devra, si l'état général du malade le permet, ouvrir la paroi de l'abdomen pour aller suturer la déchirure du rectum.

Le siège de la déchirure du rectum est extrêmement variable; la plaie est le plus souvent longitudinale.

La pathogénie de cette lésion est des plus obscures. M. Quénu a fait des expériences pour l'élucider. Sur une série de cadavres, l'anus étant disséqué et oblitéré par des ligatures, il a chassé de l'air dans le rectum, par son extrémité supérieure, au moyen d'une pompe foulante. Il a pu, sans le rompre, faire supporter ainsi à l'intestin des pressions de 50 et de 60 centimètres de mercure; pour produire l'éclatement, il fallait une pression brusque dépassant 70 centimètres de mercure; alors, le péritoine se fissurait d'abord en différents points, en faisant entendre un bruit de parchemin qu'on déchire, puis les autres tuniques se rompaient. Il n'est pas supposable que de pareilles pressions se fassent jamais sentir dans l'abdomen.

Dans une autre série d'expériences, M. Quénu a essayé de rompre le rectum en poussant une injection forcée de gélatine par la veine mésentérique inférieure, mais sans réussir davantage. Il est donc impossible de réaliser expérimentalement la rupture d'une veine des tuniques rectales.

La pathogénie des ruptures du rectum doit être assez complexe. Chez le malade de M. Quénu, il y avait un prolapsus qui entretenait un état congestif et catarrheux de la muqueuse, de l'œdème des tuniques avec stase veineuse et dilatation des veines muqueuses et sous-muqueuses. En outre, la paroi d'une veine était infiltrée de leuco-

cytes. Dans ces conditions, le malade, faisant un effort, la chute du rectum se produit et devient irréductible ; l'effort d'expulsion abdominale augmente la tension du sang dans des vaisseaux dilatés, affaiblis par l'inflammation, une veine éclate, alors le sang va décoller les tuniques de l'intestin avec d'autant plus de facilité qu'une infiltration de globules blancs lui a préparé les voies, puis, l'infiltration sanguine se limitant, les tuniques du rectum, disséquées par le sang et déjà altérées, se rompent.

M. Quénu fait suivre son important travail de son observation personnelle et du résumé de 6 observations antérieurement publiées.

A. Ch.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 23 *mars* 1882. — *Présidence de* M. Nicaise.

La séance est ouverte à 8 h. 3/4.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Berdinel, membre titulaire de la Société, est nommé, sur sa demande, membre correspondant.

MM. Hélot, chirurgien en chef de l'hospice Général de Rouen, et *Carafi*, ancien interne des hôpitaux, sont nommés membres correspondants de la Société à la suite d'un rapport sur leurs candidatures lu par M. Tibierge.

M. Lecoq, fait une communication sur un cas d'hystérie chez l'homme. (V. *France méd.* n° 60, p. 709.)

M. Merklen demande à M. Lecoq s'il s'est mis à l'abri des causes d'erreur si difficiles à éviter en présence d'un malade de ce genre. Les manifestations nerveuses absolument inusitées qu'il a présentées, l'absence des signes habituels de l'hystérie, notamment de l'anesthésie, enfin les antécédents de ce jeune homme qui est venu échouer à l'hôpital après des vicissitudes de toute espèce sont de nature à inspirer quelques doutes sur la sincérité des phénomènes qu'il a présentés.

M. Dreyfous fait également remarquer que les attaques hystériformes qu'a eues ce malade n'ont pas eu les phases et les caractères classiques des accès d'hystéro-épilepsie.

M. Lecoq a pu observer le malade pendant plusieurs mois. Il ne peut pas croire à une simulation d'aussi longue durée.

La séance est levée à 9 h. 1/2.

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur les tumeurs malignes des os du crane, par le Dr *H. Mercier-Valenton* (de Rouillac). In-8°, 54 p. Paris. A. Davy, 1881.

La thèse de M. Mercier-Valenton n'a pas la prétention de dévoiler au monde savant beaucoup de choses nouvelles, mais c'est un bon résumé des idées reçues sur le cancer des os du crâne. Ce travail contient, en outre, une observation personnelle intéressante.

Voici les conclusions et le résumé de cette étude :

La plus grande partie des tumeurs malignes des os du crâne est constituée par des tumeurs encéphaloïdes; les tumeurs fibro-plastiques y entrent également pour une certaine part.

Tous les âges y sont exposés ; néanmoins, le maximum de fréquence se voit de 20 à 50 ans.

Ces tumeurs se développent généralement sur plusieurs points du crâne à la fois, et souvent même d'autres tumeurs malignes se rencontrent en même temps dans quelques régions différentes du corps.

Leur marche est souvent lente et elles peuvent acquérir un volume considérable sans déterminer des phénomènes de compression trop évidents.

La terminaison, toujours fatale, est due plutôt aux accidents encéphaliques causés par le voisinage du néoplasme que par la cachexie, les hémorrhagies, ou la suppuration. A. Ch.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 8 au 13 mai 1882.

Brulard. Des phlyctènes dans les fractures. — Jette. Du traitement du prolapsus rectal par les injections hypodermiques d'ergotine. — Dive. De la paralysie infantile et de son traitement par l'électricité. — Dupuy. Des fractures du radius compliquant la luxation du coude en arrière. — Dumontier. Contribution à l'étude de l'empoisonnement par l'iode. — Groslier. Causes locales d'erreur dans le diagnostic de la péricardite. — Simonoff. Contribution à l'étude de la néphrite parenchymateuse de nature rhumatismale. — Battesti. De la galvano-caustique en chirurgie oculaire. — Bonnans. Eaux minérales du département de l'Ariège. — Chahbazian. Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.

NOUVELLES

L'Association des médecins de la Seine a tenu le 23 avril dernier son assemblée annuelle, sous la présidence de M. le professeur Béclard, doyen de la Faculté.

En l'absence de M. Orfila, indisposé, M. H. Barth, secrétaire-général adjoint, a présenté le compte rendu pour l'année 1881 et a donné sur la

marche et les progrès de l'œuvre les détails les plus satisfaisants. L'Association a reçu l'année dernière un legs de 10 000 francs de M. le Dr Duparque, et un grand nombre de dons, parmi lesquels nous remarquons ceux de MM. Laloy, 800 fr.; G. Jaulin, 500 fr.; Besnier, 100 fr.; Lanlongue, 300 fr.; Rotureau, 500 fr.; Mlle Piédagnel, 1 000 fr.; la Société médicale du IXe arrondissement, 100 fr.; la Société médicale du VIIIe arrondissement, 400 fr.

Le total des dons et legs s'est élevé à plus de 15 000 francs, qui ont servi à grossir le capital de l'Association ; ce capital dépasse aujourd'hui 800 000 francs. Le nombre des sociétaires est de 760.

Malgré la modicité de la cotisation annuelle, fixée à 20 francs, l'Association, grâce au revenu de son patrimoine, est en état de répondre à toutes les demandes, et de soulager efficacement tous ceux de ses membres qui en ont besoin. L'année dernière, 32 000 francs environ ont été distribués en secours; une pension viagère de 1 200 francs a été assignée à un sociétaire âgé et infirme.

M. Barth a terminé son compte rendu par un chaleureux appel à tous les médecins du département de la Seine qui n'appartiennent pas encore à l'Association. (A ceux qui objecteraient qu'ils font partie de l'Association générale, on peut répondre que le cumul n'est pas interdit, au contraire.)

L'Association a réélu, à l'unanimité des votants, les membres sortants du bureau, savoir : président, M. Béclard ; vice-présidents, MM. N. Guéneau de Mussy et Richet ; trésorier, M. Genouville.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr Largeau, décédé à Niort à l'âge de 64 ans. Né à Luçon (Vendée), le Dr Edmond Largeau avait été reçu docteur à Paris le 27 août 1840, avec une thèse *Sur l'invagination intestinale*. Après avoir exercé la médecine pendant vingt-sept ans à Aulnay-de-Saintonge (Charente-Inférieure), Largeau s'était retiré à Niort où il est mort le 1er mai. C'était un confrère des plus honorables qui laisse d'unanimes regrets. Son fils, Edmond Largeau, est interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Bulletin de la mortalité *du* 12 *au* 17 *mai* 1882. — Fièvre typhoïde, . — Variole, 19. — Rougeole, 22. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 4. — Diphthérie, croup, 51. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 5. — Infections puerpérales, 5. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 47. — Phthisie pulmonaire, 161. — Autres tuberculoses, 11. — Autres affections générales, 73.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 42.

Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 77. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 35; au sein et mixte, 24; inconnu, . — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 69; l'appareil circulatoire, 36; l'appareil respiratoire, 70; l'appareil digestif, 39; l'appareil génito-urinaire, 17; la peau et du tissu lamineux, 5; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 28. — Causes non classées, 4. — Nombres absolus de la semaine, 911.

Résultats de la semaine précédente : 1.140.

Il est indispensable de dire que le total de 911 décès ne s'applique qu'à jours de la semaine dernière ; les décès du samedi 18 mai ne sont pas compris dans ce nombre.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Succr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

IGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 61 JEUDI 25 MAI 1882

LA

'RANCE MÉDICALE

UREAUX
In s'abonne chez
LHAYE et E. LECROSNIER
Place
École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE.......... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

esser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 61. Jeudi 25 Mai 1882

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 25 *mai* 1882.

L'Académie a tenu hier une séance de rapports : rapports de M. Woillez sur deux travaux, l'un de M. Smester relatif au mécanisme de la respiration par la bouche et par les fosses nasales, l'autre de M. de Chilly, de Vaucouleurs, sur un nouveau procédé pour rétablir la respiration chez les asphyxiés par causes diverses.

Le procédé de M. de Chilly consiste à enfoncer les doigts de chaque côté sous les fausses côtes que l'on soulève en les rapprochant du diaphragme ; on convertit ainsi le thorax en un soufflet dont les fausses côtes constituent les ailes. Malheureusement, M. de Chilly n'a pas fait d'études comparatives sur ce procédé et sur les procédés déjà connus relativement à la quantité d'air qui entre dans la poitrine à chaque inspiration. M. Woillez a fait ces expériences, et il a pu constater qu'avec son spirophore la quantité d'air qui pénètre dans la poitrine du malade est le double de celle qui pénètre dans l'inspiration normale chez un homme bien portant.

Le rapporteur signale, en outre, divers inconvénients de ce procédé, sa difficulté d'application chez les personnes obèses, au contraire, chez les personnes maigres, la crainte de produire des attritions dangereuses du bord du foie.

De plus M. de Chilly n'a apporté à l'appui de sa méthode qu'une observation, très intéressante il est vrai, dans laquelle un asphyxié a pu être rappelé à la vie après une heure de manœuvres.

Un rapport de M. Lagneau portait sur un travail d'un médecin militaire, M. Antony, relatif au recrutement dans le département de la Marne. Les conclusions de ce rapport ont donné lieu à une discussion intéressante et M. Lagneau a pu s'élever avec beaucoup de raison et beaucoup de force contre les singulières attributions du conseil de santé des armées, lequel n'a nullement qualité pour s'occuper des rapports faits par les médecins militaires sur les opérations du recrutement ; le conseil de santé des armées reste ainsi complètement étranger à l'un des points qui intéressent le plus vivement la santé des troupes et cela dans un pays où tous les jeunes gens sont appelés à être soldats.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. M. Mathias Duval a été élu au premier tour de scrutin par 50 voix sur 79 votants. A. Ch

Un cas d'hystérie chez l'homme (1). (*Suite et fin.*)

Par M. G. Lecoq
Interne des hôpitaux.

En janvier 1882. Cet état de tétanie généralisée persistait dès notre entrée dans le service, et pour se prolonger pendant les deux premiers mois de l'année.

Chaque jour, le malade se trouvait condamné au lit, soit par des paroxysmes, soit par la contraction permanente des membres supérieurs; nous avons alors relevé quelques particularités utiles à mentionner ici, pour compléter notre description. Elles comportent principalement les crises de tétanie.

L'exophthalmie, habituellement modérée, s'exagère fortement, et les paupières restent le plus souvent mi-closes, leur muscle orbiculaire participant comme les fibres musculaires qui, d'après M. Galezowski, doublent la capsule de Tenon, à l'irritabilité musculaire générale; mais une légère friction sur les paupières détermine, pendant un espace de vingt à trente secondes, une occlusion forcée des yeux. Et pour peu que l'excitation locale soit plus énergique et plus prolongée, la contracture suit la loi des réflexes et s'étend à l'orbiculaire opposé; l'œil se ferme à son tour, pour ne pouvoir être volontairement rouvert qu'au bout de trente à soixante secondes, en même temps que l'organe primitivement incité.

Les narines sont fortement dilatées, et pour cela nous paraissent également lésées. La langue reste fixée sur le plancher buccal, ne pouvant être sortie de la bouche ou mue latéralement; l'articulation des mots paraît difficile. Le pharynx et l'isthme du gosier sont le siège d'une sensation de constriction persistante, de strangulation spécialement exagérée par le passage des liquides froids ou même des aliments solides. Il se dit alors obligé d'avaler tout d'un coup, contraint de renoncer au pain, à la viande; il accuse en quelques cas du retour nasal, mais tout cela n'existe que dans les paroxysmes, de même que le trismus.

D'autres muscles de la vie organique semblent intéressés; ainsi, le sujet nous accuse des douleurs, des « crampes d'estomac fréquentes». Il est très fréquemment constipé, et nous avons vu les exacerbations se produire par deux fois à l'occasion d'un suppositoire belladoné comme elles sont survenues, dans d'autres moments, après une absence de garde-robes pendant six ou huit jours, et pour s'amender avec les lavements purgatifs. Il existe tantôt de l'incontinence, tantôt de la rétention d'urine; enfin, il y a du satyriasis souvent accompagné de pollutions nocturnes.

Le larynx n'a jamais été intéressé pendant notre séjour, mais,

(1) V. *France méd.*, n° 60, p. 709.

l'année précédente, la crise du 26 octobre s'était signalée par l'impossibilité d'émettre un son à haute voix.

En tout point du corps, principalement aux membres, on peut artificiellement produire des contractions de tel ou tel groupe musculaire. Non seulement, comme dans les cas de *tétanie grave*, ainsi que Trousseau l'a relevé, on obtient une flexion forcée des segments du membre supérieur en comprimant les troncs vasculo-nerveux; mais l'excitation isolée de l'éminence thénar, de la région antérieure de l'avant-bras produit la rigidité, la contracture des muscles correspondants, bien plus manifestement que la compression précitée. Mais avant que les muscles antagonistes puissent corriger cette flexion et modifier l'attitude forcée, il faut attendre vingt ou trente secondes, temps nécessaire pour que la sensation douloureuse perçue dès le début de la contraction s'évanouisse totalement et annonce au malade qu'il peut tenter un mouvement volontaire.

Il en est de même pour les membres inférieurs, où le choc rotulien produit toujours l'extension forcée du membre.

Enfin, ajoutons qu'il n'existe aucun trouble sensitif tel que douleurs rachidiennes, fulgurantes ou non, dans les membres ou l'extrémité céphalique. Il n'existe pas de « clou hystérique ». Hors la sensation de spasme pharyngé, lors des paroxysmes, il n'y a pas de « boule » à proprement parler. Pas d'anesthésie plantaire, pas d'anesthésie cutanée. Le malade n'éprouve que les sensations douloureuses qui accompagnent les contractures et qu'une fatigue considérable dans les moments de calme consécutifs aux paroxysmes.

Nous n'avons rien de remarquable à signaler jusqu'au 9 mai 1881, jour où l'interne de garde fut appelé pour une crise qu'il considéra comme hystéro-épileptique. Nos notes sont insuffisantes pour la décrire, mais le mot d'hystéro-épileptique résume absolument l'impression des témoins compétents.

Erythème vaso-moteur. — Le 13 mai suivant survient un phénomène sur lequel nous désirons attirer l'attention, le symptôme *vaso-moteur érythémateux* dont nous nous occupons n'ayant été jusqu'ici observé que chez la femme. Il ne faut pas oublier néanmoins que Lombard, dans l'observation publiée en 1876, à la page 186 de la *Gazette médicale*, releva, chez un enfant de 15 ans, au cours d'attaques hystériformes, « la *rougeur et la tuméfaction de l'oreille.* »

Le malade n'avait rien offert de spécial à la visite du matin, quand on nous appelle pour lui, à 11 heures. Nous apprenons qu'il était en train de déjeuner; qu'il s'est senti pris brusquement de nausées, d'envies de vomir, puis d'étouffements. Il revint se mettre au lit, et présenta alors la crise tétaniforme qui nous occupe, crise semblable, dit-on, à celle qu'il a déjà offerte l'année dernière et, plus récemment, il y a quatre jours.

En arrivant près de lui, nous le trouvons en proie à la phase tonique de l'hystéro-épilepsie, mais nous sommes tellement frappé de l'érythème suivant, que nous faisons prier nos collègues et amis Thibierge et de Brun, de venir observer le phénomène.

Le malade semblait avoir perdu connaissance et présentait une rigidité absolue du tronc et des membres : légèrement incurvé en arrière, la tête renversée, les poings fermés et contracturés, les pieds toujours en adduction, les divers groupes musculaires fortement tendus sous la peau; pas d'écume aux lèvres, la face est fortement cyanosée, le cou paraît tuméfié d'une façon manifeste, enfin la hernie inguinale droite, dont le sujet est porteur depuis longtemps, forme dans le scrotum une tumeur du volume des deux poings. Toute la face antérieure du thorax est occupée par une large plaque rouge vif, uniforme, à contours festonnés et non saillants qui, passant par la fourchette sternale, les clavicules, puis descendant sur le mamelon et l'appendice xiphoïde, limitent un large triangle à sommet inférieur; elle s'efface aisément à la pression du doigt, pour reparaître immédiatement.

Le dos, l'abdomen, les cuisses sont respectés totalement, mais les membres supérieurs présentent une éruption qui n'a rien de symétrique. A droite, on ne constate rien que sur la main dont la face palmaire offre des taches érythémateuses de dimension peu considérable et de coloration très vive. A gauche, l'épaule et la moitié supérieure du bras sont recouvertes par un large placard. Le coude, l'avant-bras sur sa face antérieure, n'offrent que des taches en pièce de 40 sous, de 5 francs même. Enfin, sur la main, il n'y a que les articulations métacarpo-phalangiennes qui soient intéressées et qui présentent sur la face dorsale exclusivement des taches en pièce de 50 centimes.

On retrouve sur la face externe de la jambe, sur le dos des pieds, les mêmes lésions maculeuses; nulle part il n'y a de véritables papules ni de nodosités; nulle part aussi, on ne peut obtenir une tache artificielle aussi intense.

Depuis quatre jours, le malade est soumis au traitement suivant : 6 gr. chloral, 4 gr. bromure dans la même potion; mais cette médication, à laquelle on pourrait attribuer une influence éruptive, a déjà été ordonnée à plusieurs reprises, soit en 1881, soit en 1880, et l'érythème se montre pour la première fois. Il fut, du reste, relativement passager, car au bout de deux heures, il s'atténuait, pour disparaître totalement à la visite du soir.

Nous n'insisterons pas sur les tentatives de compression testiculaire ou iliaque tentées à ce moment : elles ont été trop peu sérieuses de ma part, pour mentionner longuement les cris, les contorsions dont elles furent suivies. Le chloroforme fut promptement

lministré et permit une résolution totale qui facilita la réduction de
hernie, l'évacuation de 1,500 grammes d'urine à caractères nerux.

Le lendemain, l'érythème n'avait plus trace d'existence, mais le
ijet restait dans un état d'hyperexcitabilité semblable à celui du
ibut de l'année et qui persista encore quatre jours environ.

Nous n'avons à signaler, jusqu'à la fin de l'année, que quelques dé-
ils d'importance secondaire. C'est ainsi que le 21 mai, mon collè-
ie Thibierge et moi avons essayé, sans résultat, d'hypnotiser le
alade par la fixation du regard, dans deux épreuves de vingt-cinq
trente minutes. C'est ainsi que le 28 suivant, le malade nous en-
etint, avec une satisfaction « toute hystérique », des travaux pho-
igraphiques de M. le Dr Damaschino. Enfin, dans le courant d'octo-
re, un nouveau paroxysme tétaniforme survint à l'occasion de
)nstipation opiniâtre, et l'état mental se confirma de plus en plus :
malade criant, s'emportant après les malades voisins ou les sur-
illantes du service.

Pendant ce dernier semestre, néanmoins, il n'offrait plus en géné-
il que la contracture permanente des membres inférieurs, que cette
émarche bizarre alors même qu'on l'observait à son insu. Depuis,
malade séjourne dans le service de M. le Dr Ferrand, sans offrir
en de spécialement nouveau.

Réflexions. — Nous n'avons plus qu'à légitimer le titre de notre
)servation et à rappeler l'attention sur les phénomènes saillants
r'elle présente.

En résumé, il s'agit d'un héréditaire, d'un sujet prédisposé par sa
e, ses travaux, ses fatigues, ses traumatismes, son exposition au
oid, et il présente une contracture permanente des membres infé-
eurs (pied bot), des contractures passagères généralisées, des atta-
ies tétaniformes au cours desquelles il existe une hyperexcitabilité
usculaire remarquable.

Ces phénomènes sont bien plus souvent notés chez la femme
epuis l'étude qu'en a faite l'école de la Salpêtrière. MM. *Bourne-
'lle* et *Voulet*, 1872, les ont particulièrement étudiés. L'hyperexci-
.bilité musculaire, elle-même, n'est pas inconnue, et tout en ayant
é plus spécialement examinée chez les hypnotisées, nous la voyons
sujet de recherches, de réflexions spéciales dans les travaux de
M. *Charcot*, *P. Richer*, *Brissaud* (*Progrès médical*. 1880, mai,
in), *Mendelsohns* (*Archives de physiologie*, 1880, p. 218). Le phé-
)mène vaso-moteur, lui-même, est signalé depuis longtemps. Nous
voyons donc aucune raison pour les refuser à l'homme, et c'est
qui motive notre présentation. Les quelques recherches que nous
'ons pu faire dans les thèses de *Klein*, 1880, de Paulmier, 1876, de
lartin, 1875, dans les journaux français, ne nous ont pas permis de dé-

couvrir : 1° un pareil état de contractures dans les excitations locales ; 2° un érythème analogue : nous redisons pourtant que ce dernier point nous semble légitimé par l'observation de Lombard. (Loc. cit).

Notre dénomination nous paraissant la plus vraisemblable, nous ne songerons pas à discuter le diagnostic de contractures et à éliminer une affection médullaire telle que la sclérose latérale ou le tabes dorsal.

L'appellation « spasmes fonctionnels et tétanie » que nous avons signalée dès le début est également à rejcter.

Si l'on a pu, dans les premiers mois, rapprocher ce fait des cas de « tétanie grave » cités par Trousseau, l'évolution ultérieure, la durée des paroxysmes, le défaut d'intermittence, l'absence de main d'accoucheur, la persistance du pied bot, l'état psychique, la nature hystéro-épileptique des crises nous permettent d'écarter cette affection et de nous en tenir à l'hystérie.

HOPITAL NECKER. — SERVICE DE M. BLACHEZ.

Méningite tuberculeuse chez l'adulte,

Par M. LIANDIER.

Interne des hôpitaux.

Jeanne P..., 19 ans, domestique, entre le 7 novembre 1881, salle Sainte-Anne, lit n° 16, service de M. Blachez.

La malade habite depuis trois ans Paris, où elle est domestique dans un restaurant. Elle a eu dans son enfance une affection fébrile dont elle ne peut préciser la nature ; elle raconte qu'elle a commencé à être souffrante deux mois avant son entrée à l'hôpital ; elle n'en continua pas moins son service. Au bout de sept semaines, elle commença à avoir de la fièvre, de la céphalalgie, de la diarrhée, et l'inappétence, qui durait déjà depuis sept semaines, augmenta encore. La malade ne prit cependant pas le lit ; ce ne fut que le 5 novembre que, la céphalalgie augmentant, elle dut s'aliter. Le 7 novembre, elle entre à l'hôpital.

État actuel. — Jeune fille assez grasse, bien colorée, paraissant cependant très abattue. Elle se plaint d'une violente céphalalgie, d'une inappétence absolue, et d'une forte diarrhée. Effectivement, le jour de l'entrée, les garde-robes sont fréquentes et liquides. Langue blanche, chargée, pas de nausées. Rien à l'auscultation des poumons et du cœur. Ces jours-ci la malade a mouché un peu de sang. Température axillaire, 38,8 le 7 au soir.

Le lendemain matin, on prescrit : ipéca, 1 gr. 50; tartre stib., 0 gr.

Le soir, la température est de 37,2.

Le 9. Un peu d'amélioration ; la diarrhée a disparu ; intellige

conservée, toutefois un peu paresseuse. Haleine très fétide. Température 39,4 le soir.

Le 10. La malade n'est pas allée à la selle depuis le 8 ; elle a une violente céphalalgie qui lui arrache des cris à tous moments. L'intelligence semble fort affaiblie. Le pouls est lent, irrégulier ; battant 60 fois par minute le matin, 66 fois le soir. Température, 38,6 le matin.

Les caractères du pouls font porter le diagnostic de méningite tuberculeuse, mais on ne trouve pas la raie méningitique. On prescrit 6 ventouses scarifiées à la nuque ; calomel, 0 gr. 60 centigrammes.

Le 11. La céphalalgie a beaucoup diminué ; la malade est plus tranquille, et répond aux questions qu'on lui pose. Le calomel n'a pas provoqué de selles. Décubitus latéral gauche en chien de fusil.

T. 37,8 le matin, 38,2 le soir. Pouls 66 le matin, 69 le soir. Respir. 27 le matin, 36 le soir.

Le 12. La nuit a été très agitée ; la malade rêve, pousse des cris, et parle seule. Température le soir, 39°; 72 pulsations ; 24 respirations.

Le 13. L'intelligence paraît absolument perdue ; la malade pousse de temps en temps des gémissements. La respiration est suspirieuse. La constipation persiste. La raie méningitique se produit bien nettement ; rien aux poumons. Les yeux sont fixes, sans strabisme, ni déformation pupillaire. On ne peut constater ni anesthésie, ni parésie.

T. matin 39,2 ; T. soir 39° ; P. matin 70 ; P. soir 90 ; R. matin 31 ; R. soir 30.

Le 14. L'état général reste le même ; l'intelligence est toujours nulle ; la malade pousse des cris dès qu'on touche à la tête.

T. matin 39° ; T. soir 38,8 ; P. matin 96 ; P. soir 108 ; R. matin 33; R. soir 35.

Le 15. Le soir. Temp. 39,8 ; P. 150 ; Resp. 54.

La malade est dans le décubitus dorsal, la face est très colorée ; le pouls et la respiration se sont accélérés. La respiration offre un type qui se rapproche de celui de Cheyne-Stokes, à part la phase d'apnée. La respiration, très profonde d'abord, diminue graduellement, et, sans jamais se suspendre complètement, atteint un minimum après lequel elle se relève graduellement. Râles de bronchite dans toute la poitrine. Toujours de la constipation, pas de vomissement. Pendant la nuit, la malade parle et grince des dents. Le ventre n'est ni ballonné, ni rétracté. Un peu de strabisme convergent. Résolution des muscles ; pourtant le bras gauche élevé et abandonné à lui-même reste quelques instants en l'air, tandis que le droit retombe aussitôt. Prescription : vessie remplie de glace sur la tête rasée ; une bouteille de limonade au citrate de magnésie. Mort dans la nuit.

Autopsie. — Dans les poumons, tubercules à différents degrés d'évolution; au sommet droit caverne de la taille d'une noix.

Cerveau paraissant à peu près sain au premier aspect; à peine quelques légers épaississements de la pie-mère; mais sur les vaisseaux qui rampent dans la scissure de Sylvius droite, on trouve un semis de granulations tuberculeuses confluentes.

Léger épanchement dans les ventricules; le cerveau n'est pas ramolli.

Les autres organes, notamment l'intestin, sont sains.

Il faut remarquer dans ce cas l'évolution singulièrement insidieuse de la tuberculose; bien que les lésions fussent assez étendues, et qu'elles fussent parvenues à la période cavitaire, la malade toussait peu; elle avait l'aspect d'une personne habituellement bien portante, et l'auscultation ne donnait aucun signe, au début, d'une lésion des voies respiratoires; plus tard on ne trouvait que des signes de bronchite.

Quant à la maladie qui a amené la mort, l'ensemble des symptômes, notamment la diarrhée, avait fait porter le diagnostic de fièvre typhoïde, et ce n'est qu'au bout de trois jours que la lenteur du pouls fit reconnaître une méningite tuberculeuse dont les symptômes ont été très violents malgré le peu d'intensité des lésions.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 *mai* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend des lettres de MM. Gariel et Javal, se portant candidats à la place de membre titulaire, déclarée vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

ELECTION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. La commission présente les candidats dans l'ordre suivant: En 1re ligne, M. Mathias Duval, en 2e ligne, M. Charles Richet, en 3e ligne, M. Laborde, en 4e ligne, M. Farabeuf.

Au premier tour de scrutin, sur 76 votants, majorité 39, M. Mathias Duval obtient 50 voix, M. Richet, 15, M. Laborde, 9, M. Farabeuf, 2.

En conséquence, M. Mathias Duval, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé membre titulaire de l'Académie.

MÉCANISME DE LA RESPIRATION PAR LA BOUCHE ET PAR LES NARINES. — *M. Woillez* fait un rapport sur un travail de M. Smester, sur le mécanisme de la respiration par la bouche et par le nez, travail lu, il y a quelques semaines, devant l'Académie.

M. Woillez lit un second rapport sur un MÉMOIRE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE SECOURS AUX ASPHYXIÉS PAR CAUSES DIVERSES, par M. de

Chilly (de Vaucouleurs). Le but principal, dit l'auteur, est de faire pénétrer l'air pur dans les poumons en en chassant l'air vicié. C'est là la tendance générale des procédés actuellement en vigueur. Le procédé de M. de Chilly consiste à convertir la cage thoracique en un soufflet dont les fausses côtes constituent les ailes; cela se fait en enfonçant les mains sous les fausses côtes de chaque côté. Le diaphragme est inerte chez les asphyxiés, il est donc difficile que l'air pénètre largement. L'auteur n'a pas indiqué quelle quantité d'air pénétrait dans les poumons par chacun des procédés de Pacini, de Sylvestre, etc.

La méthode de M. de Chilly est d'une application facile, sauf toutefois chez les sujets obèses; chez les sujets maigres, la manœuvre des doigts fortement fléchis pourrait provoquer des attritions dangereuses du bord du foie. Chez les enfants, le procédé est d'une application très facile, dit l'auteur, parce qu'il n'est pas nécessaire d'employer une grande force.

Quant aux résultats pratiques, M. de Chilly ne donne pas des preuves suffisamment nombreuses de l'excellence de sa méthode. Il ne donne qu'une observation, il est vrai très intéressante, dans laquelle la respiration a pu se rétablir après une heure de manœuvres.

STATISTIQUE DU RECRUTEMENT DANS LE DÉPARTEMENT DE LA MARNE. — *M. Lagneau* lit un rapport sur un travail de M. Antony.

M. Antony étudie d'abord l'ethnologie des habitants de la Marne qui se rattachent à la race kymrique. Malgré l'augmentation de la population, le nombre des conscrits n'a pas sensiblement augmenté; de même le nombre des naissances augmente peu, bien que le nombre des mariages augmente. Il se fait partout une immigration considérable des campagnards vers les villes; il en est d'ailleurs partout de même; en France, l'augmentation totale de la population, depuis cinq ans, est inférieure à l'augmentation de 40 sur les 46 villes dont la population est supérieure à 36,000 habitants.

Comme conclusion, M. Lagneau demande que le ministre de la guerre fasse rassembler par cantons tous les documents déjà recueillis lors des conseils de revision.

M. Larrey demande que l'Académie prie le ministre de la guerre de faire faire des recherches statistiques analogues dans tous les cantons de France.

M. M. Perrin. Il paraît tous les ans un volume intitulé : « le Recrutement de la France ». M. Perrin demande donc la suppression de la conclusion de M. Lagneau, à moins que M. Lagneau n'indique ce qu'il faut ajouter au volume qui paraît tous les ans.

M. Larrey. On pourrait encourager les médecins militaires et les médecins civils à ajouter de nouveaux renseignements aux résultats publiés.

M. Lagneau connaît la publication dont a parlé M. Perrin, mais ces résultats se publient par département et non par canton. C'est là un grand inconvénient. Ce que demande M. Lagneau, c'est que le Conseil supérieur de santé désigne au ministère de la guerre quelques jeunes médecins militaires pour colliger les résultats déjà recueillis. On pourrait commencer à créer ainsi une géographie médicale de la France.

M. Bergeron. La question soulevée par M. Lagneau paraît répondre à deux ordres de faits distincts. Une partie répond aux résultats du recrutement; il faudrait en effet que les résultats fussent publiés par canton et non par département. Un autre point est relatif aux travaux de nos confrères de l'armée qui pourraient servir à établir un commencement de géographie médicale de la France. Si le ministre de la guerre pouvait faire colliger ces travaux et stimuler des imitateurs, d'autres travaux ne tarderaient pas à venir se joindre aux premiers.

M. Perrin désire seulement rendre plus pratiques les desiderata formulés par le rapporteur. Tout cela est complètement étranger au Conseil supérieur de santé qui n'est jamais consulté sur ce que l'on doit mettre dans le volume relatif au recrutement.

Il faudrait donc que M. Lagneau formulât d'une façon explicite les propositions à soumettre au ministre de la guerre. Malheureusement les médecins militaires ne peuvent pas faire grand'chose parce qu'ils n'ont pas beaucoup de temps ni de ressources.

M. Lagneau. Il est déplorable que le Conseil de santé des armées, dans un pays comme le nôtre où tout le monde est soldat, ne soit pas consulté lorsqu'il s'agit de la santé des troupes.

Sur la proposition de M. le président, MM. Lagneau, Perrin et Larrey s'entendront sur la rédaction d'une nouvelle conclusion à soumettre à l'Académie dans la prochaine séance.

M. le président annonce que mardi prochain l'Académie se formera en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les prix.

A 4 heures 1/2, l'Académie se forme en comité secret.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDES SUR LA DIATHÈSE CONGESTIVE (DIATHÈSE ARTHRITIQUE) ET SUR SES MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES. — N° 1. NOTIONS GÉNÉRALES SUR LA DIATHÈSE CONGESTIVE, par le Dr *H. Sénac* (de Vichy), ancien interne des hôpitaux de Paris, Clermont-Ferrand, F. Thibault, et Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1882.

Nous devons avouer tout d'abord n'avoir pas bien compris pourquoi l'auteur, au début de ce remarquable mémoire, reproche au positivisme d'écarter les esprits des idées de généralisation et de dia-

thèse en les arrêtant uniquement sur des faits isolés. Si elle rejette les idées théologiques ou métaphysiques dont on ne peut donner aucune preuve, la philosophie positive ne se refuse nullement à tirer les conclusions des faits observés et à procéder par induction lorsque les bases du raisonnement sont solides et palpables. Or, la diathèse arthritique ou congestive, par exemple, rentre bien dans la classe de ces faits qui tombent sous les sens et dont il est toujours facile de répéter la démonstration. A ceux qui seraient portés à en douter, le travail de M. Sénac lui-même apporterait une réponse victorieuse.

Mais d'abord qu'appelle-t-on diathèse? Après avoir rappelé les définitions de Bazin et de Chomel, qu'il repousse, M. Sénac donne la suivante : « La diathèse est une modification de l'organisme, acquise ou héréditaire, quelquefois latente, presque toujours appréciable à des signes propres, déterminant à la fois ou successivement des maladies différentes par leur siège et leur expression symptomatologique, mais résultant du même besoin de la vie végétative. »

Bazin admettait quatre diathèses; M. Sénac en retranche la syphilis que son origine virulente fait rentrer dans la classe des maladies constitutionnelles vraies. La syphilis, en effet, n'est point une diathèse; elle peut se montrer chez un individu quelconque, modifiant sans doute et d'une manière plus ou moins profonde la diathèse de celui-ci, mais sans jamais se substituer à elle. M. Sénac conserve l'herpétisme, il a sans doute d'excellentes raisons pour le faire, mais c'est là une idée qui est déjà bien battue en brèche et sans doute l'herpétisme, malgré ses derniers et ardents défenseurs, finira par disparaître pour céder toute la place aux deux grandes diathèses qui se partagent presque entièrement l'espèce humaine, l'arthritis et la scrofule.

On croirait voir, par certaines pages du livre de M. Sénac, qu'il ne va pas toujours jusqu'au fond de sa pensée et qu'il craint de généraliser trop. Il a recueilli avec tant de talent et avec tant de soin des matériaux nombreux pour l'édification de la diathèse arthritique qu'il admire plus encore la majesté de son ouvrage que sa simplicité. Peut-être, cependant, ne lui paraîtrons-nous pas trop téméraire si, encouragé d'ailleurs par la lecture de son ouvrage, nous croyons pouvoir affirmer que, en dehors de certains cas qui paraissent jusqu'à un certain point neutres ou d'autres cas dont la classification est difficile, les hommes se rattachent tous à l'une des deux grandes diathèses, que tous sont, avec des degrés infiniment variables, soit arthritiques, soit scrofuleux. Nous n'oserions pas affirmer aussi nettement des idées aussi tranchées si elles nous étaient absolument personnelles, mais c'est vers cette conclusion que tendent les divers travaux publiés, surtout par des chirurgiens, dans ces derniers temps, sous la féconde impulsion de M. le professeur Verneuil.

Le nom d'arthritis, donné à la diathèse congestive, a porté beaucoup de médecins à considérer les manifestations articulaires comme la caractéristique de cette diathèse. L'auteur montre qu'il n'en est rien et que les manifestations articulaires doivent, au contraire, être rejetées au second plan. Il distingue trois périodes dans la marche de la diathèse. La première, période d'instauration ou d'établissement de la diathèse ; la seconde, période d'état ; la troisième, période de dégénérescence.

Pour lui, le caractère fondamental de la diathèse arthritique et des manifestations symptomatiques auxquelles elle donne lieu paraît consister en une modification des conditions normales de la circulation.

Cette modification se traduit par des mouvements fluxionnaires, par des poussées congestives plus ou moins marquées et plus ou moins durables. L'auteur fait remarquer la mobilité et la facilité avec laquelle ces congestions se déplacent et se remplacent, leur tendance à ne pas se terminer par inflammation suppurative, leur apparition à des époques fixes, donnant ainsi lieu à la périodicité, enfin le nombre de ces poussées congestives qui deviennent de plus en plus graves et moins mobiles à mesure que l'arthritis se prononce et vieillit, soit chez l'individu, soit dans la famille. L'auteur étudie cette tendance congestive dans la circulation générale et dans le système porte, puis il passe à la deuxième partie de son livre, où il donne une esquisse générale de la diathèse arthritique ou congestive.

C'est surtout chez les enfants qu'il étudie l'arthritis à sa première période. Chez eux, en effet, les poussées fluxionnaires sont déjà très appréciables sur les diverses muqueuses, sur le foie, sur les reins, sur la peau. Déjà se montrent la tendance aux sueurs locales, les déformations spéciales des pieds et des mains, enfin quelques accidents nerveux parmi lesquels la chorée tient la première place.

Le passage de la première à la seconde phase de la diathèse arthritique se fait souvent vers l'époque de la puberté. C'est dans cette période d'état que la tendance congestive est le plus prononcée : c'est là la cause des sueurs locales abondantes, des migraines, de la dyspnée, de l'asthme rhino-bronchique ou asthme de foin et de quelques affections parmi lesquelles l'asthme vrai qui est presque toujours dit l'auteur, de nature arthritique.

Cette période moyenne de la diathèse est aussi la plus féconde en accidents cutanés : urticaire, érythème noueux, eczéma arthritique, psoriasis, lichen arthritique. L'auteur rappelle également les troubles digestifs, les hémorrhoïdes, la lithiase biliaire et la lithiase urinaire, la tendance à la production des crampes. L'auteur ajoute même à ce tableau l'hystérie dont il ne montre pas suffisamment la plus grande fréquence chez les arthritiques, et l'hypochondrie, déjà signalée par M. Pidoux.

La troisième période de la diathèse congestive est marquée surtout par le caractère de continuité que revêtent les troubles de la santé. Cet état correspond aux modifications physiques produites à la longue sous l'influence des poussées congestives anormales. Ici se placent les modifications dans la structure de la pulpe cérébrale, la glycosurie, le diabète, les varices, le cancer et parfois le tubercule.

Le mémoire fort bien fait de M. Sénac donne une esquise très complète de la diathèse congestive au point de vue médical, laissant de côté un assez grand nombre d'affections chirurgicales qui n'offrent pas moins d'intérêt. Mais on ne saurait reprocher à l'auteur de s'être attaché plus spécialement à l'objet habituel de ses études, et d'ailleurs le travail que nous venons d'analyser ne forme que le premier mémoire d'une série que nous souhaitons de voir longue et qui ne peut manquer d'offrir un très vif intérêt. Amand CHEVALLEREAU.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 3

GT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 62 SAMEDI 27 MAI 1882

LA

'RANCE MÉDICALE

UREAUX
On s'abonne chez
IHAYE et E. LECROSNIER
Place
École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
seur de clinique chirurgicale,
ibre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale,
Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
sseur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

'sser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 62 Samedi 27 Mai 1882

LA FRANCE MÉDICALE

A propos d'un cas de croup suffocant chez l'adulte avec trachéotomie suivie de succès.

Par M. Frédéric GENDRON,
Interne des hôpitaux.

OBSERVATION. — Marie A..., âgée de 26 ans, infirmière à la salle Saint-Côme de l'hôpital des Enfants-Malades, entre à l'infirmerie le samedi 10 septembre 1881. C'est une femme vigoureuse, ordinairement bien portante, cependant sujette à des laryngites. Depuis environ quinze jours, dit-elle, elle ressent du mal de gorge ; le samedi matin un de nos collègues l'examine et constate la présence d'une fausse membrane sur l'amydgdale droite, en outre la voix est un peu enrouée.

Dans la nuit du dimanche au lundi 12, elle est prise d'un accès de suffocation assez violent; l'interne de garde appelé auprès d'elle fait de la révulsion sur le cou (éponges imbibées d'eau chaude, teinture d'iode).

Le lundi matin nous la trouvons dans de bonnes conditions: les symptômes angineux sont peu marqués, l'isthme du gosier est peu tuméfié, l'amygdale droite est seule couverte d'une couenne blanchâtre et adhérente; il n'y a pas de gonflement du cou, ni d'engorgement ganglionnaire; la langue est blanchâtre, l'appétit diminué, mais la malade prend volontiers des aliments. On ne constate pas de fièvre. La respiration est régulière et facile ; l'auscultation ne révèle rien de particulier dans la poitrine ; la voix reste enrouée.

On prescrit du chlorate de potasse en gargarisme, des badigeonnages avec le jus de citron sur la gorge, une alimentation tonique, de l'alcool et 2 gouttes de perchlorure de fer à l'intérieur toutes les deux heures.

Le soir survient un accès de suffocation assez violent.

Le 13, l'état de la malade n'est pas sensiblement modifié. Dans la nuit du 13 au 14, elle est agitée, la respiration est pénible par instants.

Le 14, nous sommes appelé dans l'après-midi et nous assistons à un violent accès de suffocation: nous entendons une toux rauque, des inspirations bruyantes accompagnées de tirage avec dépressions sus-sternale, sus-claviculaires et épisgastrique. Cet accès est survenu après le repas. L'état général reste toujours très satisfaisant. La gorge est peu prise, la production diphthéritique constatée sur l'amygdale n'a pas tendance à s'étendre. Jusqu'ici, dans l'intervalle des quelques accès survenus, nous avons trouvé la malade assez calme,

souriante, respirant sans peine, ayant seulement la voix enroué... cassée. Au milieu des crachats muqueux on découvre un petit d... pseudo-membraneux.

Il nous semble que dans ces accès qui surviennent brusquem... cessent sans qu'il y ait expulsion de fausses membranes, il s'agit ... plus d'un trouble spasmodique que d'un obstacle mécanique ; ... croyons-nous indiqué de recourir aux anti-spasmodiques et le... nous prescrivons 3 grammes de bromure de potassium.

La nuit est cependant agitée, par moments il y a un peu d'anx... respiratoire mais sans grand accès.

Le 15, l'état général reste bon, la diphthérie pharyngienne circ... scrite, sans engorgement cervical, sans albumine dans les urin... Un vomitif est administré. Dans la journée, plusieurs accès de ... et de suffocation avec tirage se produisent ; au milieu des matièr... expectorées on recueille quelques petits débris pseudo-membrane... bien caractéristiques ; dans l'intervalle la respiration ne paraît p... gênée. La malade prend moins volontiers les aliments, ce qu'il f... attribuer à l'état nauséeux qui a suivi l'ingestion de l'ipéca.

Dans la soirée éclate un fort frisson et pendant près d'une he... la malade reste refroidie.

La nuit est très mauvaise, très agitée, des accès se répè... coup sur coup et à 2 heures et demie l'infirmière vient nous éve... en nous annonçant qu'on craint de voir la malade succomber d'étou... fement. Le dernière partie de la nuit est plus calme.

Le 16, à neuf heures du matin, M. J. Simon la voit, elle sort ... nouvel accès qui s'est déroulé avec tous les phénomènes du tirage. ... l'accalmie n'est plus complète, l'inspiration reste pénible et bruyan... la face est congestionnée, couverte de sueurs, les yeux sont batt... la malade paraît s'épuiser dans cette lutte contre l'asphyxie. Cep... dant la diphthérie du pharynx reste toujours circonscrite, sans te... dance extensive ; rien dans l'état général ou local ne sent la m... gnité ; la température et le pouls sont normaux, les urines ne cont... nent pas d'albumine. L'auscultation ne révèle rien de partic... dans la poitrine.

En présence d'un pareil cas on se prend à oublier cette loi p... que fatale à laquelle est soumise le croup chez l'adulte. Ici rien ... trahit un processus infectieux, tout permet d'espérer que le sujet r... gira contre l'intoxication diphthérique ; mais il y a un danger imm... nent, l'asphyxie, et cette asphyxie est certainement mécanique. ... caractères semblent bien prouver qu'elle a sa cause dans le laryn... Puisque la situation est aussi absolument dominée par les troub... laryngés, puisque la mort peut arriver d'un instant à l'autre et ... contrairement à la règle, les menaces viennent toutes de l'obsta... mécanique à la respiration, tandis que le processus diphthérique ...

ce complètement, n'y a-t-il pas indication pour une intervention
iirurgicale ? Après y avoir sérieusement réfléchi nous avions harment tranché la question par l'affirmative, ceux de nos collègues qui
raient vu la malade abondaient dans ce sens, et à notre grande sa-
sfaction le Dr Simon, après un examen, consciencieux, émit une opi-
ion semblable, avant même que nous lui ayons fait part de nos ré-
exions.

Nous allons prier le Dr de Saint-Germain de voaloir bien nous
rêter son habile concours. A 10 heures, au moment d'une période
'accalmie, la malade est couchée sur la table d'opération; la trachéo-
omie est pratiquée en plusieurs temps, sans grande perte de sang,
n introduit dans la trachée une canule de fort calibre. Pendant
opération et les efforts respiratoires qui suivent l'introduction de la
anule il n'y a pas de rejet de fausses-membranes. Le calme ne tarde
as à se faire.

La malade est isolée seule dans une pièce. A partir de ce moment
ous nos efforts se portent sur le régime (rhum, café, jus de viande,
ouillons, œufs). Quelques heures après la trachéotomie elle prend
1 œuf battu dans du jus, quelques petites bouchées de viande crue,
iis du vin de Bagnols, du café additionné de rhum.

De temps en temps des mucosités filantes sans fausses membranes
ont expulsés par la canule.

Le soir à l'heure de la contre-visite, notre malade est calme, res-
re régulièrement; la température est à 37,2, le pouls à 110; le visage
couvre de sueurs. Elle n'est pas déprimée, montre un grand cou-
ge et se soumet avec empressement au régime alimentaire qu'on
i prescrit. On ne découvre rien à l'auscultation de la poitrine.

Le 17. La nuit s'est passée sans incident, elle a dormi environ une
ure. Elle paraît fatiguée, mais elle ne se démonte pas et continue
s'alimenter. On remarque un peu de gonflement au niveau de l'an-
e droit de la mâchoire. L'isthme du gosier reste un peu rouge et
mygdale droite est toujours recouverte d'une plaque couenneuse
'on touche avec une éponge imbibée d'acide citrique.

Matin: T. 38,2, p. 110. Soir: T, 37,7, p. 110. R. 20.

On ne découvre toujours rien à l'auscultation. Il y a une transpi-
ion assez abondante. Les urines ne contiennent pas d'albumine.
ns l'après-midi une fausse membrane épaisse et assez large est
etée par la canule. A la contre-visite nous changeons la canule,
plaie a assez bon aspect, elle est un peu blanchâtre.

Le 18. Pendant la nuit la malade a pris deux heures de sommeil.
n facies est toujours assez bon. Elle se plaint d'une douleur au
'eau de l'épigastre avec retentissement dans le dos. La transpira-
n est abondante. Le matin la température est à 38,7, le pouls ne
blit pas et bat à 110.

Au niveau de la région postérieure de la cuisse il s'est produit une ulcération consécutive à un furoncle, on la panse avec la poudre d'iodoforme et la charpie; une légère excoriation s'est faite à la région fessière, on la recouvre d'une couche de collodion.

Nous changeons la canule, l'introduction en est un peu difficile et provoque un accès de suffocation à la suite duquel survient une... son assez prolongé; une heure après, quand nous revoyons la malade, la respiration est bien libre, la face est congestionnée et couverte de sueurs. Dans l'après-midi l'expectoration d'une grosse fausse membrane produit un accès d'étouffement.

Soir: T. 38,2, p. 120, R. 30.

Il y a de la constipation, mais de simples lavements ramènent la production des selles. La déglutition est un peu douloureuse. La malade a peu d'appétit, dans la journée elle n'a presque rien pris d'aliments; elle nous paraît s'affaiblir, aussi le soir à 11 heures nous lui faisons prendre nous-même quelques cuillerées de jus de viande.

Le 19. La malade a dormi pendant deux heures, le facies est meilleur, elle mange plus volontiers. Le matin la température est à 38... pouls à 115, respirations 28°. On trouve les urines très chargées d'albumine.

La plaie du cou est un peu fétide, grisâtre, indurée à la périphérie.

Le 20. Matin : Température 38°.

Dans la soirée la respiration devient un peu difficile, il y a un léger accès de suffocation.

Le 21. Matin : T. 38,2. Les urines sont toujours chargées d'albumine. En changeant la canule on trouve que la plaie n'a pas un très bon aspect, elle est grisâtre, entourée d'une zone d'induration, on la touche avec le tartrate ferrico-potassique. Les ulcérations de la fesse et de la cuisse sont un peu plus larges, mais elles ne présentent aucune trace de diphthérie. La transpiration est toujours abondante. L'appétit reprend un peu. On insiste sur la médication alcoolique.

Le 22. La nuit a été fort mauvaise. Il s'est fait subitement une hémorrhagie avec dyspnée intense. L'interne de garde qui est venu a enlevé la canule et constaté une hémorrhagie en nappe dont le point de départ était au niveau de la partie déclive de la plaie; ce n'est qu'à grand peine qu'il est parvenu à l'arrêter en faisant la compression avec l'amadou. Au milieu des accès de suffocation la malade a rejeté des fausses membranes tubulées assez volumineuses.

Le matin nous la trouvons pâle, affaiblie. La plaie est large... indurée au pourtour. On nous montre une masse rougeâtre... et large qui a été trouvée au milieu du linge dans le sang. En examinant cette pièce nous remarquons qu'elle est trouée à son ... d'un orifice circulaire qui est sur l'une des faces bordé d'une ... pseudo-membraneuse; par sa forme elle représente la configuration...

de la plaie; elle s'adapte bien à la canule dont le tube s'engage exactement dans son orifice. Il s'agit d'une eschare qui s'est formée à la périphérie de la plaie diphthérisée et s'est détachée en donnant lieu à une hémorrhagie, elle aura été enlevée avec la canule.

On prescrit du perchlorure de fer à l'intérieur,

Le 23. Dans la nuit a eu lieu une nouvelle hémorrhagie par la plaie. Nous trouvons la malade très affaissée, pâle, somnolente, et son état nous semble peu rassurant.

Outre le perchlorure de fer on prescrit de l'ergotine et on insiste sur le régime tonique. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 *mai* 1882. — *Présidence de* M. L. LABBÉ.

OPÉRATION DE PORRO ET OPÉRATION CÉSARIENNE. — A l'occasion du procès-verbal M. *Guéniot* présente quelques considérations intéressantes sur cette opération. Il rappelle que, dans une discussion qui date déjà de plusieurs années, il avait donné quelques-unes des règles qui ont été admises en grande partie par M. Lucas-Championnière dans la dernière séance.

La céphalotripsie donne des résultats variables au-dessous de six centimètres et il serait certainement intéressant de consulter les statistiques des différents opérateurs. On verrait qu'on a pu obtenir des succès dans des rétrécissements de cinq et même de quatre centimètres. Mais il est de toute évidence que la céphalotripsie est impossible dans certains cas. Vaut-il mieux alors choisir l'opération de Porro que l'opération césarienne? La première a été très bien accueillie tout d'abord, mais, depuis, les statistiques ont paru moins heureuses, et en ce moment elle semble un peu discréditée. Elle n'est pas encore complètement jugée, mais il est certain que c'est une opération très difficile.

Quant à l'opération césarienne, elle aurait peut-être beaucoup plus d'avenir, si on pouvait régler son manuel opératoire et se servir des méthodes antiseptiques dans les pansements. Elle donnerait, sans doute, des résultats analogues à ceux de l'ovariotomie. Comme règles générales, M. Guéniot conseille l'incision de la paroi abdominale assez élevée. L'utérus devra être attiré et au besoin suturé à la paroi abdominale ; la brèche utérine sera petite, beaucoup plus courte qu'on ne la fait généralement ; on ne tient pas assez compte de la rétraction de l'utérus. On devra favoriser les adhérences de l'utérus avec la paroi abdominale ; la guérison sera d'autant plus facile que ces adhérences seront plus précoces.

M. Lucas-Championnière se félicite d'avoir soulevé cette question si intéressante. En résumé, l'opération de Porro est très difficile;

la difficulté vient surtout de la confection du pédicule. Le manuel opératoire de l'opération césarienne n'est pas fait; lorsqu'on connaîtra mieux cette opération, elle pourra donner d'excellents résultats.

AMPUTATION OSTÉOPLASTIQUE FÉMORO-ROTULIENNE DE GRITTI. — *M. Notta.* Il s'agissait d'un homme adulte, présentant depuis son enfance une carie du tibia; on avait d'abord fait l'évidement du tibia, mais la cavité médullaire étant malade, M. Notta fit l'amputation au-dessus des condyles, en conservant la rotule, dont la surface cartilagineuse seule a été enlevée. On ne fit pas de suture osseuse; le grand lambeau antérieur fut rabattu en arrière et suturé. Il n'y eut pas de réunion par première intention, mais la guérison était définitive six semaines après l'opération. Aujourd'hui, huit mois après, le malade se sert facilement de son moignon, la cicatrice est tout à fait postérieure, la rotule est bien soudée au fémur et elle est restée perpendiculaire à l'axe du fémur. M. Notta montre un moulage représentant le moignon.

M. Farabeuf s'étonne de l'excellent résultat obtenu dans ce cas; la soudure de la rotule s'est faite facilement, sans suture osseuse, et après la suppuration du moignon. Il a vu le résultat de trois opérations de Gritti, dans deux cas la rotule avait basculé et se présentait au pilon par sa pointe. La marche était impossible, le moignon était intolérant. Ici le résultat paraît définitif et très heureux.

M. Le Fort. Je crois que la suppuration ne doit pas empêcher la soudure de l'os. Dans mon amputation du pied, que j'ai pratiquée 14 ou 15 fois, il y a toujours eu de la suppuration, ce qui n'a pas empêché le calcanéum de se souder aux os de la jambe. Dans la résection du genou, c'est la même chose. Les insuccès de l'opération de Gritti tiennent à d'autres causes. J'ai été obligé de l'abandonner et, depuis dix ou douze ans, je fais plutôt l'opération de Carden, c'est-à-dire l'amputation intracondylienne, sans conservation de la rotule. Cette opération a pour avantage d'éviter l'ouverture du canal médullaire.

Dans l'opération de Gritti, la bascule de la rotule tient à la contraction du triceps, qu'il est bien difficile d'éviter. En outre, la peau de la face antérieure du genou supporte difficilement les pressions de l'appareil; elle s'ulcère très vite.

LIPOME DE LA MAIN. — *M. Notta.* La tumeur siégeait près de l'éminence thénar; elle était très fluctuante, mais la ponction n'avait pas donné de liquide, on fit le diagnostic de lipome. Malgré l'emploi du lister, il y eut un peu de suppuration de la gaine des fléchisseurs et même une tendance très marquée au phlegmon, heureusement enrayée par l'emploi des bains phéniqués de M. Verneuil. Le malade était guéri de son opération lorsqu'il a succombé à une hémorrhagie cérébrale.

M. Pozzi fait remarquer que la tumeur était sous-aponévrotique, bien qu'elle parût très superficielle : cela tient à une disposition anatomique de la région. A la paume de la main, le pannicule graisseux sous-cutané n'existe pas. La peau est adhérente à l'aponévrose par sa face profonde. Le point de départ des lipomes est dans le tissu cellulaire interposé entre les tendons ; peut-être vient-il des franges appendues à la gaine synoviale des tendons.

M. Trélat. Le diagnostic de ces tumeurs est souvent très difficile. J'ai communiqué autrefois un cas de ce genre, dans lequel la tumeur lipomateuse simulait à s'y méprendre un kyste synovial sans grains riziformes. La ponction n'avait pas donné de liquide, mais à l'ouverture se présentait un petit peloton adipeux, je n'eus qu'à agrandir l'ouverture et l'énucléation se fit facilement.

M. Le Fort dit que la méthode de M. Verneuil sur les bains antiseptiques n'est plus nouvelle. En 1870, M. Le Fort a décrit et recommandé des moyens analogues sous le nom de balnéation continue.

M. Trélat. La méthode de M. Le Fort n'est pas autre chose que les pansements humides ordinaires. Comme beaucoup de chirurgiens, M. Verneuil recommande les bains fréquents antiseptiques : c'est donc la balnéation intermittente.

FORMES ET VARIÉTÉS DU CHARBON, PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT. — *M. le Secrétaire général* lit les conclusions d'un travail de *M. Bourguet* (d'Aix).

L'auteur insiste surtout sur les deux formes de pustule maligne ; la forme bénigne guérit toujours même sans traitement. La pustule et l'œdème malin s'accompagnent souvent de tumeurs indépendantes, secondaires, qui dénotent l'infection. La contagion ne se fait pas seulement par contact direct, mais le virus peut être transporté par l'air et produire la contagion, mais toujours à de faibles distances.

DYSTOCIE PAR CLOISONNEMENT DE L'UTÉRUS. — *M. Guéniot* rapporte un cas très intéressant qu'il a eu l'occasion d'observer récemment avec MM. Berger et Champetier de Ribes à l'hôpital Saint-Louis.

Il s'agissait d'une femme, ayant déjà eu une première grossesse, et qui depuis quatre jours était en travail. Par le toucher, on reconnaissait que le col était largement dilaté, mais au-dessus de lui, le doigt ne pouvait pas pénétrer dans la cavité utérine, il était arrêté par une cloison épaisse et résistante. En cherchant à contourner l'obstacle, on arrivait, tout à fait en avant, à un petit pertuis ; celui-ci ayant été agrandi, on reconnut le placenta inséré vicieusement, enfin au-dessus une petite partie qui permit de faire le diagnostic de présentation du tronc.

L'état général de la malade, qui avait perdu beaucoup de sang de-

puis quatre jours, ne permit pas d'intervenir ; elle mourut trois heures après.

L'utérus a été présenté à la Société anatomique et on a reconnu en effet une cloison horizontale très épaisse séparant le corps de la cavité cervicale de l'utérus.

D'où peut provenir cette disposition dont M. Guéniot n'a trouvé aucun exemple dans les auteurs? Faut-il admettre une affection utérine ayant pu produire une cloison fibreuse? Quant à un cloisonnement congénital, il est impossible d'y songer à cause de l'accouchement antérieur ; du reste, ces cloisonnements partiels sont toujours verticaux.

Il est intéressant de noter que cette disposition a entraîné l'insertion vicieuse du placenta et la présentation du tronc.

PRÉSENTATION DE MALADES. — *M. Polaillon* présente une malade qu'il a opérée de kystes à grains riziformes de l'index droit par ablation complète du kyste. La guérison a été très rapide ; les mouvements du doigt sont presque revenus.

M. Pozzi présente un malade à qui il a pratiqué une résection anaplastique tibio-tarsienne. Il a employé le procédé de M. Polaillon, le résultat est très bon ; il reste seulement un très leger degré d'équinisme.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS. — Au nom de M. Galezowski, *M. Labbé* présente un nouvel ophthalmoscope. Il est formé par un miroir à double foyer servant à concentrer davantage les rayons lumineux dans le fond de l'œil et pouvant servir pour l'étude de l'hypermétropie et de la myopie à l'image droite.

DR LAPERSONNE.

ERRATUM. — Dans le compte rendu de la précédente séance de la Société de chirurgie, n° 59, p. 703, ligne 13, au lieu de : « L'animal étant sacrifié, au bout de deux ou trois jours,.... » lisez *au bout de deux ou trois mois*.

BIBLIOGRAPHIE

ETUDE SUR L'ANURIE, par le *Dr P. Merklen*, interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris, in-8°, 236 p. Paris, G. Masson. 1881.

L'anurie ou suppression de la sécrétion urinaire peut être le résultat soit d'un obstacle à l'excrétion de l'urine par les uretères, soit d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel primitif des reins. C'est à l'étude des causes de ce symptôme et de sa valeur clinique que M. P. Merklen a consacré sa thèse.

L'anurie par occlusion des uretères s'observe surtout dans la li-

thiase rénale et dans le cancer de l'utérus; plus rarement il s'agit de tumeurs du petit bassin ou de tumeurs nées dans les parois même du conduit.

L'anurie calculeuse se produit généralement en deux temps : l'un des reins est depuis longtemps supprimé quand l'arrivée d'un calcul dans l'uretère resté jusque-là perméable détermine la suppression de l'excrétion et bientôt après de la sécrétion urinaire. Aussi l'anurie calculeuse est-elle précédée en général de coliques néphrétiques répétées.

Le début de l'anurie calculeuse est souvent insidieux. Pendant une longue période, de sept à huit jours, la suppression d'urine est le seul symptôme observé. Cette période est plus longue quand l'anurie est interrompue par des crises de polyurie ou quand il existe une hydronéphrose. Les accidents consistent en quelques troubles circulatoires, en une intolérance gastrique absolue avec vomissements, enfin des phénomènes urémiques dont les plus constants sont le rétrécissement pupillaire et les tressaillements musculaires des membres. Il faut y joindre l'affaiblissement progressif, l'algidité, la dyspnée ; l'intelligence reste intacte jusqu'à la mort qui arrive le dixième ou le onzième jour, c'est-à-dire deux jours après l'apparition des accidents.

Les lésions constatées à l'autopsie consistent dans l'altération ancienne ou l'absence congénitale d'un rein et dans l'occlusion de l'uretère jusque-là normal.

L'anurie dans le cancer de l'utérus diffère de l'anurie calculeuse par deux conditions principales : en premier lieu par le terrain de l'individu, en second lieu par ce fait que l'occlusion des uretères, brusque dans la lithiase rénale est lente et progressive dans le cancer de l'utérus.

L'anurie dans le cancer de l'utérus résulte de la propagation du néoplasme au trigone vésical ou aux uretères sur les côtés du col, quelquefois d'un simple tiraillement des parois vésicales par suite de la rétraction de la tumeur. La moitié des malades atteints de cancer de l'utérus meurent d'urémie provoquée de cette manière.

La symptomatologie de l'anurie cancéreuse est moins nette que celle de l'anurie calculeuse. La suppression des urines est rarement absolue ou du moins n'est constatée qu'au moment de l'apparition des phénomènes urémiques. Les lésions des reins et des uretères sont celles de l'hydronéphrose avec ou sans pyélo-néphrite suppurée.

L'occlusion brusque des uretères détermine la suppression rapide de la sécrétion urinaire sans hydronéphrose, tandis que l'occlusion lente aboutit à l'hydronéphrose. Dans le premier cas, l'élévation subite de la pression dans les uretères met obstacle à la sécrétion rénale, condition favorisée par la résistance de ces conduits.

L'oblitération d'un seul uretère ne trouble pas la santé générale, mais a pour conséquence l'atrophie du rein correspondant. Cette atrophie est le fait d'une néphrite interstitielle d'origine épithéliale ou tubulaire. Les lésions immédiates que détermine du côté des reins la ligature des uretères consiste dans la dilatation générale des tubuli du rein, dilatation qui donne lieu à des lésions purement mécaniques de l'épithélium, mais entrave la circulation de l'organe et ses fonctions.

Les accidents déterminés par l'occlusion des uretères reproduisent fidèlement les phénomènes observés chez les animaux après la ligature des deux uretères ou la néphrotomie. Indépendamment de la rétention de l'urée dans le sang et de l'urémie, il y a de la stase veineuse avec abaissement de la pression artérielle, d'où l'œdème signalé dans quelques observations.

L'anurie peut être observée dans la néphrite à titre de symptôme passager ou comme phénomène persistant déterminant promptement la mort par urémie. Elle coïncide soit avec des phénomènes fébriles dus à des lésions rénales très aiguës, soit avec des complications également aiguës : pneumonie, pleurésie, péricardite ; ces conditions paraissent déterminer la suppression d'urine, en exagérant la lésion rénale.

L'anurie durable des néphrites s'accompagne de vomissements, de dyspnée, d'urémie, de bruit de galop du cœur, d'éruptions érythémateuses. L'anurie peut n'avoir aucune gravité au début d'une néphrite aiguë, elle est d'un pronostic grave à la fin des néphrites quelles qu'elles soient.

L'anurie des néphrites peut être attribuée à l'obstruction des tubuli, soit par des détritus épithéliaux, soit par l'exsudat albumineux et sanguin. Il faut tenir compte de l'influence de la fièvre, des évacuations supplémentaires, de la perturbation nerveuse qui joue un grand rôle dans la suppression d'urine qui survient chez les urinaires à la suite des manœuvres opératoires.

Chez les goutteux l'anurie peut être la conséquence de l'obstruction des tubuli par des cristaux d'acide urique ou d'urate de soude. Parmi les troubles circulatoires du rein, la stase et les thromboses veineuses sont les seules qui puissent donner lieu à une anurie vraie.

L'anurie hystérique se distingue par l'absence d'accidents urémiques. L'anurie apparaît chez ces malades comme phénomène passager à l'occasion des règles, comme phénomène durable dans les formes graves de la maladie.

L'anurie peut être observée comme symptôme accessoire dans divers états pathologiques où elle est en général l'indice d'un pronostic grave, sauf chez les enfants où l'ischurie est fréquente au début des

maladies aiguës. Elle est signalée dans quelques maladies générales et dans les dyscrasies, dans certaines affections gastro-intestinales, dans la contusion des reins, les brûlures étendues, enfin dans quelques empoisonnements.

L'excellent travail de M. Merklen est accompagné du chiffre respectable de cinquante-neuf observations dont la plupart sont très détaillées. A. Ch.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 29 mai au 3 juin 1882.) — *Mardi*, 30. — Doctorat, 2e (ancien régime) : MM. Le Fort, Jaccoud et Hallopeau. — 2e (nouveau régime, 1re partie, oral, anatomie et histologie) : MM. Robin, Ball et Richelot. — 2e (nouveau régime, 1re partie, anatomie et histologie) : MM. Sappey, Cornil et Peyrot. — 4e : MM. G. Sée, Brouardel et Grancher. — 5e (Charité) : MM. Richet, Laboulbène et Charpentier.

Mercredi, 31. — Doctorat, 2e, dissection (nouveau régime) : MM. Trélat, Duplay et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : MM. Béclard, Parrot et Reclus. — 1er (ancien régime, oral) : MM. Vulpian, Hayem et Marchand. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Potain, Guyon et Rendu. — 2e (ancien régime, oral, anatomie et histologie) : MM. Fournier, Tillaux et Cadiat. — 3e (ancien régime) : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon.

Jeudi, 1er. — Doctorat, 2e, médecine opératoire (ancien régime) MM. Le Fort, Panas et Berger. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : MM. Sappey, Cornil et Humbert. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Lasègue, Ball et Peyrot. — 2e (nouveau mode, oral, 1re partie, anatomie et histologie) : MM. Richet, Robin et Richelot. — 4e (ancien régime) : MM. G. Sée, Peter et Hallopeau. — 4e (ancien régime) : MM. Hardy, Jaccoud et Troisier.

Vendredi, 2. — Doctorat, 1er, dissection : MM. Duplay, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : MM. Béclard, Guyon et Ch. Richet. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Parrot, Fournier et Reclus. — 3e (ancien régime) : MM. Baillon, Gariel et Henninger. — 3e (ancien régime) : MM. Bouchardat, Regnauld et Gay. — 5e (ancien régime, Charité) : MM. Depaul, Trélat et Dieulafoy. — 5e (nouveau régime, 2e partie, clinique interne et épreuve d'anatomie pathologique, Charité) : MM. Vulpian, Charcot et A. Ollivier.

Samedi, 3. — Doctorat, 1er, dissection : MM. Sappey, Cornil et Berger. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e (nouveau mode, oral, 1re partie, anatomie et histologie) : MM. Robin, Legroux et Peyrot. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Richet, Ball et Debove. — 2e (ancien régime, oral) :

MM. G. Sée, Panas et Raymond. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Lasègue et Humbert.

Samedi, 3. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Concours d'agrégation.* — Par arrêté ministériel en date du 20 mai 1882, il sera ouvert à Paris, en 1882-83, des concours pour 49 places d'agrégés, à répartir de la manière suivante entre les Facultés de l'Etat.

Section de médecine (pathologie interne et médecine légale). 11 places. — Paris, 4. — Bordeaux, 2. — Lille, 1. — Lyon, 1. — Montpellier, 2.— Nancy, 1.

Section de chirurgie et accouchements. 14 places dont 13 pour la pathologie externe et 1 pour les accouchements. — 1° *Pathologie externe* : Paris, 3. — Bordeaux, 2. — Lille, 2. — Lyon, 3. — Montpellier, 1. — Nancy, 2. — 2° *Accouchements* : Paris, 1.

Section des sciences anatomiques et physiologiques. 13 places dont 9 pour l'anatomie et la physiologie et 4 pour l'histoire naturelle. — 1° *Anatomie et physiologie* : Paris, 1. — Bordeaux, 1. — Lille, 2. — Lyon, 2. — Montpellier, 1. — Nancy, 2, — 2° *Histoire naturelle* : Paris, 1. — Lyon, 1. — Montpellier, 1. — Nancy, 1.

Section des sciences physiques. 11 places dont 6 pour la physique et 5 pour la chimie et la toxicologie. — 1° *Physique* : 1 place pour chacune des 6 Facultés. — 2° *Chimie et toxicologie* : Paris, 1. — Bordeaux, 1. — Lyon, 1. — Montpellier, 1.

En résumé, 12 places pour Paris, 7 pour Bordeaux, 6 pour Lille, 10 pour Lyon, 7 pour Montpellier et 7 pour Nancy.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 1er décembre 1882, pour la section de médecine ; — le 1er mars 1883, pour la section de chirurgie et accouchements ; — le 1er juin 1883, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale, pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

'INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I N° 63 MARDI 30 MAI ET JEUDI 1er JUIN 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 58, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE



VÉRITABLE
EXTRAIT DE VIANDE
LIEBIG
PRÉCIEUX POUR MALADES & MÉNAGE
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'HONNEUR
EXIGER le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Epiciers & Pharmaciens.



EN VENTE DANS LES Mons d'EAUX MINÉRALES
PRINCIPAUX
EAU
SULFUREUSE
Source
SÉVIGNÉ
APPROBATION de l'ACADÉMIE
AUTORISATION de l'ÉTAT
AGENCE GÉNÉRALE
51 rue Vivienne
PARIS
AFFECTIONS de la GORGE
LARYNX ASTHME
BRONCHES

29e Année. — Tome I. — N° 63. Jeudi 1er Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 31 *mai* 1882.

Dans un discours où il reproduisait les arguments déjà exposés devant la commission nommée par la chambre des députés pour examiner le projet de loi sur le divorce, M. Blanche avait soutenu, il y a quinze jours, devant l'Académie, cette opinion que la folie ne peut jamais être considérée comme une cause de dissolubilité du mariage. Reprenant la question par la base et appuyant toutes ses opinions sur des preuves anatomiques ou cliniques, M. Luys est arrivé à une conclusion tout opposée qu'il formule d'une façon très sobre : la folie, dans certains cas déterminés, peut être considérée comme une cause de divorce.

M. Luys discute les arguments scientifiques et les arguments de sentiment proposés par M. Blanche. Ce dernier pense qu'il est toujours impossible de dire qu'un cas indéterminé de folie est incurable et il cite à l'appui le fait d'une femme, sortie de sa maison guérie après être restée pendant quinze ans aliénée. M. Luys regrette que l'on ait jeté ce fait dans la discussion sans le moindre détail qui lui donne une valeur scientifique réelle. M. Luys, lui, ne croit pas à la guérison de la folie dans la plupart des cas. Chez les malades une fois atteints, il se forme des exsudats, des adhérences, des troubles de la circulation cérébrale, ischémie ou congestion, qui laissent dans le cerveau malade des traces de plus en plus nombreuses, si bien qu'au bout d'un certain temps les facultés intellectuelles sont assez profondément atteintes pour qu'on ne puisse espérer aucune guérison. M. Luys pense que, dans notre milieu parisien, il faut, en moyenne, quatre ans chez les hommes et cinq ans chez les femmes pour que le cerveau dans ces conditions soit complètement désorganisé.

M. Blanche avait tracé, en termes très éloquents d'ailleurs, le tableau de l'aliéné divorcé malgré lui, parfois sans le savoir, et se retrouvant, après son retour à la raison, privé de famille et absolument isolé. C'est là, dit M. Luys, une situation à effet destinée à solliciter l'émotion.

Une autre partie du tableau a été complètement laissée dans l'ombre, c'est l'état du conjoint uni pour toute la vie à un être privé de raison, inconscient, absolument étranger à tout ce qui l'entoure, perdu à tout jamais pour les siens. Les visites sont d'abord fréquentes, puis elles deviennent de plus en plus rares, jusqu'au jour où, n'étant plus même reconnu par l'aliéné et voyant que ses visites n'ont plus aucune utilité, le conjoint les cesse tout à fait. Si celui-ci est jeune,

en pleine floraison, on ne saurait le maintenir uni à cet être dégénéré, à ce cadavre vivant, et alors, à côté du ménage légal, mais impossible, que vous voulez maintenir de force, se créera une autre famille, illégale soit, mais fatale et nécessaire.

Le discours de M. Luys est rempli d'arguments solides. C'est une étude convaincante en même temps qu'une page magistralement écrite, qui, pendant qu'il en est temps encore, ne peut manquer de produire une impression salutaire sur l'esprit de nos députés.

A. Ch.

A propos d'un cas de croup suffocant chez l'adulte avec trachéotomie suivie de succès. (*Suite*) (1).

Par M. Frédéric Gendron,
Interne des hôpitaux.

Le 24. Il n'y a pas de nouvel accident. Nous changeons la canule et enlevons l'amadou qui servait à la compression. La plaie est large. on la lave avec des injections d'eau phéniquée, et on laisse la malade sans canule pendant quelques heures, elle respire librement.

Le facies est un peu meilleur. Il y a beaucoup moins d'albuminé dans l'urine.

Le 25. On laisse de nouveau la malade sans canule ; au bout de trois heures, la respiration devenant gênée, on la remet en place.

Le 26. La canule est encore enlevée pendant trois heures. L'état général s'est notablement amélioré, l'appétit revient, et la malade absorbe jusqu'à un litre et demi de vin de Bagnols par jour.

La plaie a bon aspect, l'induration périphérique disparait, de petites eschares se laissent enlever. Des mucosités abondantes sont expulsées par la canule.

Le 29. La malade pendant les jours précédents est restée toutes les après-midi sans canule. Tout allait mieux ; pendant la nuit elle avait un peu d'agitation, ce que nous attribuons à l'énorme quantité d'alcool qu'elle absorbait ; on en modère la dose ; du reste elle mange avec appétit.

La plaie est en bonne voie de cicatrisation ; nous enlevons définitivement la canule.

Quand nous quittons l'hôpital, le 31 décembre, elle va pour le mieux, la plaie trachéale est très étroite sans être encore complètement fermée.

La cicatrisation s'est rapidement achevée et la convalescence a été parfaitement régulière, sans la moindre complication. Actuellement notre malade est en service à l'Hôtel-Dieu, et nous avons pu consta-

(1) V. *France méd.*, no 63, p. 733.

ter qu'après avoir couru d'aussi grands dangers elle était revenue à son florissant état de santé.

Voilà l'observation, sur laquelle nous croyons inutile d'appeler l'attention. Pour nous, un pareil fait nous a semblé offrir le plus haut intérêt, parce qu'il comporte un enseignement clinique dont nous espérons pouvoir faire ressortir toute l'importance.

Au début de nos études médicales, près de nos maîtres de la Touraine, qu'on a malheureusement pu appeler le berceau de la dipthérie, parce que cette maladie y a sévi depuis longtemps avec une fatale opiniâtreté et aussi parce que c'est là que l'illustre Bretonneau a conçu et imposé l'idée vraie d'un processus dont tant de générations de médecins avaient méconnu l'unité au milieu des formes et des manifestations multiples qu'il revêt, nous avions appris à nous désespérer sur le sort des malades, quand la diphthérie envahissait l'appareil respiratoire. C'étaient des adultes, des soldats de la garnison que nous observions à l'hôpital, et quand le mal atteignait le larynx et les bronches, nous étions habitués à nous considérer comme désarmés contre lui. Les enseignements de nos maîtres sur les résultats de la trachéotomie dans les cas rares où elle semblait indiquée étaient peu faits pour nous encourager, et quand parfois, cédant à nos obsessions, ils se décidaient à l'opération, c'était plus par humanité qu'avec l'espoir de succès.

De tels souvenirs devaient naturellement rendre bien frappante à notre esprit le cas si heureux dont nous venons d'être témoin. Aussi avons-nous aussitôt songé à consulter ce qui a été publié jusqu'à ce jour sur le croup de l'adulte.

Nous avons cru inutile de pousser nos recherches au delà de l'époque à laquelle Louis publia son mémoire sur le sujet. Jusque-là le croup est à peine isolé du groupe confus des angines, et Home, l'auteur de cette distinction, ne le fait qu'au détriment de l'unité de la diphthérie, en considérant le croup comme une maladie spéciale; d'autre part les conclusions du rapport sur le concours de 1808 viennent jeter un profond discrédit sur la trachéotomie. Au contraire, au moment ou Louis vient apporter son travail à l'Académie de médecine, les idées de Bretonneau commencent à se répandre et la trachéotomie est à la veille d'être réhabilitée. Dès lors tous les faits sont interprétés avec plus de justesse et toutes les publications se produisent avec plus de clarté.

Pour ne pas nous perdre dans l'étude des travaux et des observations que nous avons consultés, nous ne nous écarterons pas de ce qui se rattache particulièrement à notre observation ; or, nous y trouvons deux points saillants :

1° L'allure spéciale qu'a revêtu ce croup d'adulte ;

2° L'intervention opératoire et ses résultats.

C'est à dessin que nous avons intitulée l'observation *croup suffocant chez un adulte*. En effet, si chez l'enfant la diphthérie du larynx s'accompagne presque constamment d'un ensemble de désordres respiratoires dont la suffocation ou plutôt la strangulation est l'élément prédominant, chez l'adulte il n'en est ordinairement pas de même; la ausse membrane envahit cet organe sans y créer d'obstacle mécanique; anatomiquement il y a croup dans l'un comme dans l'autre cas, symptomatologiquement l'affection n'est plus la même. Voilà pourquoi nous croyons utile de qualifier de suffocante cette forme spéciale de laryngite diphthérique de l'adulte.

Pour éviter toute confusion, il serait même avantageux de dire croup laryngé suffocant. En effet, quand on lit les mémoires et les observations qui touchent à la question, on remarque que généralement on établit une synonymie entre les expressions laryngo-bronchite pseudo-membraneuse et croup de l'adulte ; la raison en est que les bronches sont très généralement prises avec le larynx. Nous nous excuserons d'insister sur cette question de mots, mais elle a son importance, parce que nous voulons mettre en relief une forme clinique dont la distinction nous semble offrir le plus haut intérêt au point de vue thérapeutique. Nous espérons d'ailleurs pouvoir justifier facilement cette distinction.

Chez l'adulte atteint de diphthérie laryngo-bronchique, la glotte reste suffisamment perméable à l'air, il y a des altérations de la voix sans symptômes d'asphyxie laryngée ; tous les troubles respiratoires dépendent de la bronchite pseudo-membraneuse : gêne plus ou moins considérable de la respiration, toux, quelquefois sifflement et menaces d'asphyxie, et même accès de suffocation. Dans ce dernier cas il s'agit de quelque fausse membrane volumineuse qui, détachée et flottante, obstrue subitement un gros tuyau respiratoire. Voilà un premier groupe de cas dans lesquels le croup laryngé est à peine en scène, tous les désordres, tous les dangers viennent du croup bronchique ; malheureusement c'est ainsi qu'il en est le plus souvent.

Dans un second groupe de cas c'est l'inverse qui se produit ; et ce sont ceux-ci qui actuellement fixent toute notre attention et dont le type nous semble réalisé dans notre observation. En quelques mots voici ce qui s'est passé : une femme, placée dans les conditions les plus indéniables, est prise d'une angine diphthérique ; au bout de peu de temps la voix devient enrouée, elle a une toux rauque, elle expectore quelques débris pseudo-membraneux, la respiration est gênée, sifflante au niveau du larynx ; puis, une certaine nuit, éclate un formidable accès de suffocation ; cet accident se répète à des intervalles de plus en plus rapprochés, l'accalmie qui suit les crises est moins complète, la respiration devient moins facile, et enfin survient un dernier accès durant lequel on croit que la malade va succomber.

Pendant l'accès l'angine est extrême, la malade assise sur son lit, asphyxiante, réunit tous ses efforts pour chaque inspiration, mais l'air pénètre à peine à travers le larynx avec un bruit de sifflement, l'épigastre se déprime profondément, les espaces sus-sternal et sus-claviculaires se creusent à chaque mouvement. N'est-on pas frappé de la ressemblance profonde qui existe entre ce tableau et celui que nous observons sans cesse au lit de l'enfant? C'est là la singularité du fait : ce croup chez une femme de 26 ans se déroulant absolument comme il le fait chez un enfant, avec tous les accidents de la strangulation, tous les phénomènes du tirage, revenant par accès.

Nous pensons qu'on voudra bien reconnaître qu'il s'agit pour l'adulte d'une forme bien spéciale de diphthérie laryngo-bronchique et qu'il est juste de la distinguer nettement de celle où le croup laryngé n'est qu'un phénomène accessoire, tandis que la bronchite, qui peut d'ailleurs déterminer des accès de suffocation, est l'affection capitale.

Lorsqu'on parcourt les différentes publications sur le croup de l'adulte on remarque, avons-nous dit, que les descriptions ou les observations se rapportent généralement à la diphthérie laryngo-bronchique ; c'est qu'en raison de circonstances anatomiques la diphthérie des voies respiratoires chez l'adulte peut traverser le larynx sans y créer d'obstacle au passage de l'air, et la laryngite n'aurait ordinairement pas de conséquences bien graves si elle ne se compliquait si communément de bronchite. Cette association habituelle des localisations bronchique et laryngée dans la diphthérie de l'adulte nous a semblé ressortir assez nettement de la lecture des observations que nous avons passées en revue ; du reste Bretonneau a écrit : « c'est surtout chez les adultes, qui résistent plus longtemps que les enfants à l'angine maligne, que j'ai remarqué ce symptôme de la propagation des inflammations diphthéritiques aux dernières ramifications bronchiques » (1).

D'une manière générale, la diphthérie des voies respiratoires est relativement peu commune chez l'adulte, et, comme le fait remarquer notre excellent maître le Dr Jules Simon, on est porté à admettre que les fausses membranes s'étendent de préférence sur la muqueuse des jeunes larynx que sur celle des sujets âgés. Ce premier fait ajouté à cette circonstance que la glotte de l'adulte présente un développement tel que son obstruction est bien plus difficile que chez l'enfant et sans doute aussi que la muqueuse du larynx possède une grande susceptibilité, expliquent pourquoi le croup est un accident rare à cet âge particulièrement sous la forme que nous étudions.

C'est à peine si les auteurs des articles dans les différents diction-

(1) Bretonneau. Traité de la diphthérie, p. 67.

naires consacrent quelques lignes au croup de l'adulte. Dugès (1) n'en parle que pour dire « que les exemples en sont trop rares pour être considérés autrement que comme cas exceptionnels. »

Les auteurs du *Compendium* mentionnent la rareté des accès de suffocation. Ce fait, d'ailleurs, se trouve relevé par la plupart des auteurs et le Dr Archambault (2) fait cette remarque très juste que « la dyspnée se produit lentement et paraît due au moins autant à l'extension des fausses membranes dans les ramifications bronchiques qu'à la présence de la production pelliculaire dans le larynx »: il ajoute ensuite : « les accès de suffocation sont rares, mais quand ils se produisent, ils sont d'une extrême intensité et peuvent amener la mort presque soudainement ». Ces quelques lignes justifient parfaitement ce que nous avons dit sur la fréquence et la prédominance des accidents bronchiques dans le croup de l'adulte et sur la rareté du croup suffocant.

L'analyse des observations assez nombreuses que nous avons pu réunir a bien confirmé ce dernier point surtout. Mais nous devons avouer que souvent nous avons été embarrassé pour savoir si certains cas devaient être considérés comme des bronchites pseudo-membraneuses avec accès de suffocation associées à une laryngite légère, ou comme de véritables croups suffocants, les auteurs étant restés trop peu explicites à cet égard ; ces derniers sont très peu nombreux, si on ne veut les accepter qu'avec le cachet d'une authencité parfaite.

Parmi les différents cas de croup d'adulte que rapporte Bretonneau (3), on ne trouve guère que celui d'une femme de 22 ans qui, pendant l'épidémie de Laferrière, mourut après « de fréquents accès de suffocation croupale », et qui d'après lui aurait pu être sauvée par la trachéotomie à laquelle elle refusa énergiquement de se soumettre.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement de la diphthérie. — Le Dr *Denker* (*Vracheb. Vedom*, n° 3), qui, pendant vingt-quatre ans d'une pratique très étendue au grand hôpital d'enfants Nicolaevsky, de Saint-Pétersbourg, a traité plus de deux mille cas de diphthérie et a essayé tous les remèdes internes ou externes employés contre cette grave affection. Le Dr Denker a obtenu les meilleurs résultats de la méthode suivante qu'il a employée pendant dix ans. Aussitôt que des taches blanches apparaissent sur les amygdales, il administre l'*eau laxative* de *Vienne*, infusion composée de séné, à la dose de 180 grammes par

(1) Dictionnaire en 15 volumes, art. Croup.
(2) Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : art. Croup.
(3) Loc. cit. p. 355.

un homme adulte, 150 grammes pour une femme adulte, 90 pour un enfant de 8 ans, 60 grammes pour un enfant de 3 ans et une cuillère à café pour un enfant d'un an. Cette dose est divisée en trois parties: la première moitié est prise d'abord, le troisième quart une heure après et le reste un peu plus tard. Il se produit des gardes-robes liquides abondantes. Quand l'effet purgatif a cessé, l'auteur fait prendre une boisson froide, contenant un peu d'acide chlorhydrique, et toutes les deux heures un gargarisme formé à partie égale d'eau de chaux et de lait chaud, le même mélange sert à nettoyer au moyen d'un pinceau la gorge et les fosses nasales, et le Dr Denker affirme que, lorsqu'il est commencé de bonne heure, ce traitement amène généralement d'une façon rapide la guérison des malades.

De la paraplégie par affaiblissement fonctionnel. — Le Dr *Webber* (*Boston med. and. surg. journ.* 19 janvier 1882) rapporte trois observations dans lesquelles les malades étaient paralysés du mouvement dans les membres inférieurs; dans les trois cas il s'agissait de femmes et la paralysie ne paraissait pas liée à des altérations organiques sérieuses de la moelle épinière ou d'autres portions du système nerveux. Dans l'un des cas il s'agissait d'une irritation spinale avec douleur vive sur toute la colonne vertébrale et à l'épigastre, léger tremblement des mains, exagération du réflexe rotulien du côté gauche; la malade avait de la peine à marcher et, les yeux fermés, elle avait de la peine à se tenir debout. Cette femme avait été longtemps malade, elle avait eu successivement une « fièvre pulmonaire » (?), le typhus, la fièvre typhoïde, du rhumatisme, la fièvre intermittente, enfin une méningite spinale. Il est douteux qu'elle ait eu réellement de la méningite spinale, car il n'est pas rare d'observer une grande faiblesse musculaire après la fièvre typhoïde. Elle se rétablit, et cette guérison paraît avoir été favorisée par l'emploi des ventouses sèches.

Dans le second cas il s'agit d'une petite fille de cinq ans qui, à la suite d'une scarlatine, resta faible et ensuite devint absolument incapable de marcher, de se tenir debout ou de s'asseoir et même de tenir sa tête droite; cependant la sensibilité n'était pas atteinte et les muscles se contractaient sous l'influence des courants faradiques. L'état des réflexes tendineux n'est pas mentionné. Elle avait également une maladie des reins et l'on trouvait dans ses urines de l'albumine et des cylindres granuleux. Elle guérit presque entièrement sous l'influence du fer, du massage, de l'électricité et des bains de vapeur. Il s'agissait sans aucun doute d'un cas d'épuisement nerveux consécutif à la fièvre.

Dans le troisième cas, on ne savait s'il s'agissait d'une myélite ou d'un trouble purement fonctionnel, mais la suite montra qu'il n'y avait pas de lésion organique. La malade travaillait depuis douze

ans à la machine à coudre qu'elle faisait marcher avec le pied; elle avait dû, en outre, soigner ses enfants malades avant d'être elle-même alitée.

Le siège de la paralysie peut être soit dans les fibres musculaires, soit dans le système nerveux. Les fibres musculaires peuvent être surmenées au point de ne plus pouvoir recouvrer leur état normal dans le temps consacré au repos; il en résulte une dégénérescence ou au moins une grande tendance à la fatigue. Cette dégénérescence, toutefois, peut être d'un caractère léger, et il a été nettement constaté que la contractilité faradique des membres était normale. Le diagnostic entre la myélite et la débilité fonctionnelle n'est pas toujours facile, mais il est très important. Le Dr Webber attache une grande importance à l'absence ou à la présence de la douleur au niveau de la colonne vertébrale, la dernière caractérise la myélite, la première les troubles fonctionnels, de même la sensibilité est moins affectée dans l'irritation spinale que dans la myélite ; il s'agit plutôt d'une parésie que d'une paralysie; mais l'état de la vessie et des intestins n'en dépend nullement, car ces organes peuvent être atteints dans les premiers degrés de la myélite et de même ils peuvent être légèrement intéressés dans l'épuisement nerveux. L'absence d'atrophie musculaire distingue cette affection de la myélite, de même que la présence ou l'exagération des réflexes tendineux la distingue de l'ataxie. Chez quelques malades l'émotivité domine et ils versent facilement des larmes.

Le meilleur traitement paraît être le repos, l'électricité, le massage, les applications de ventouses ou les pointes de feu sur le dos, le fer, la quinine et la strychnine. La guérison est lente, le traitement doit être poursuivi pendant plusieurs mois. A. Ch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 mai 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance comprend : 1° une série de travaux destinés à concourir pour les prix ; 2° une note de M. Stéphanon (d'Athènes) sur l'intoxication palustre.

Les microzymas. — *M. Béchamp* envoie une note sur les microzymas en réponse à la note lue dans l'avant-dernière séance par M. Gauthier.

Statistique médicale. — *M. Lagneau* soumet à l'Académie la conclusion du rapport qu'il a lu dans la dernière séance, conclusion formulée en commun avec MM. Larrey et Perrin. M. Lagneau propose de demander au ministre de la guerre de vouloir bien, à l'avenir, charger le conseil de santé des armées de faire rassembler et coor-

A quelle époque, dira-t-on, supposez-vous que l'état mental dev
incurable? La réponse de M. Luys est catégorique : il admet une
rée moyenne de quatre ans chez les hommes et de cinq ans chez
femmes, la menstruation, chez celles-ci, pouvant retarder ce
échéance. Lorsque le médecin a pu observer un sujet pendant ce
période, il sait quand le malade est frappé à fond, et quand il y a
désordres anatomiques qui ne pardonnent plus.

On voit, en effet, se produire des troubles circulatoires, de c
gestion ou d'ischémie, avec production de néoplasie, d'adhérence
bien que la première attaque de folie va se répéter, avec des lési
chroniques intra-cérébrales. C'est ainsi que la démence s'établit
à peu ; on peut admettre que, dans notre milieu parisien, un cerv
ne peut pas résister plus de quatre ans aux coups qui lui sont
portés.

C'est ainsi que les maladies mentales, avec processus anatomi
bien déterminé, ont une évolution fatale, et si l'on parle avec compl
sance de certaines rémissions, ce sont là des cas douteux. Le c
veau résiste plus ou moins longtemps aux combats qui lui sont
vrés, mais le résultat est toujours l'usure de la substance céréb

Ainsi, quelle que soit la classe nosologique que l'on étudie, tou
les lésions finissent par l'incurabilité. Si les sujets sont jeunes et
telligents, ils peuvent avoir des rémissions et reprendre pen
quelques années les apparences de la raison ; mais ce ne sont
des apparences, et la guérison n'est jamais durable.

M. Luys arrive à la seconde partie de sa réponse, aux argum
de sentiment. M. Blanche a fait un tableau pathétique de l'a
rendu à la liberté et qui se retrouve privé de famille. C'est là
création à effet destinée à solliciter l'émotion. Mais voici la co
partie du tableau que M. Blanche a laissée dans l'ombre, c'est l'
du conjoint de l'aliéné.

Cet homme a des attaches dans la vie, il a une femme, il a une
mille dont la vie est ainsi brusquement bouleversée. Si le conj
est jeune encore, il doit renoncer à l'espoir de se créer une fa
mille, jusqu'au moment où la mort viendra le délivrer. C'est
qu'au nom d'une fausse opinion médicale vous allez condamner
être sain, en pleine floraison, à rester attaché à un être déchu,
cadavre vivant. Si, dans les cas de démence confirmée, on persis
maintenir quand même l'indissolubilité du lien conjugal, que va
arriver? Les passions malsaines que vous voulez refréner, vous
ferez que les refouler à côté. Auprès du mariage que vous vo
maintenir de force se formera forcément un autre ménage ill
Lorsque la maladie se prolonge, les visites des conjoints devien
moins fréquentes, puis de plus en plus rares. Le malade, lui-mê
reconnaît de moins en moins ses proches, et le conjoint s'aperc

ıe ses visites deviennent inutiles, les cesse peu à peu. C'est ainsi, ı'une nouvelle famille se crée à côté de l'ancienne, illégale, soit, ais fatale et nécessaire.

Certainement, à côté de ces défaillances, il y a de nombreux exemes de conjoints soignant leurs malades jusqu'au dernier degré de la ıchéance, mais il faut raisonner avec la masse des faits.

C'est de cette comparaison de l'aliéné et de son conjoint que devra ırtir la solution la plus juste du problème. M. Luys demande que ın apporte une égale attention à l'état de ces deux êtres et que, après ıe certaine durée de la maladie, lorsque celle-ci peut être déclarée curable, le conjoint soit autorisé à contracter de nouveaux liens.

Le mariage, dit-on, n'est pas seulement contracté dans le but de ·ocréer des enfants; c'est une véritable alliance contre l'adverté; or, c'est une lâcheté que d'abandonner son conjoint quand il ımbe dans le malheur. Mais en examinant la question de sang froid, ıyons s'il ne se cache pas là une erreur d'observation. Y a-t-il là une ırité à établir entre l'homme frappé de folie et celui qui est atteint une maladie chronique ordinaire ?

Un malade peut être impotent de tout son être, mais il survit ımme chef de famille, comme citoyen; il survit avec tous ses droits. ais l'aliéné est étranger à tout le milieu ambiant, c'est à peine s'il ıconnaît ses parents, ce n'est plus un être sensible, émotif. C'est ısormais un être indifférent, au regard atone, qui n'a plus rien à ımander à la société, parce qu'il n'a plus rien à lui offrir. La vie ıysique persiste seule en lui, et d'une manière tellement intense ı'on voit des aliénés survivre pendant 40 ou 50 ans au naufrage de raison.

En quoi des situations si dissemblables peuvent-elles être traitées ır le pied d'égalité?

M. Luys arrive aux conclusions et aux mesures médico-légales ı'il désirerait voir prendre. Il propose la formation d'une commison arbitrale composée de trois médecins *aliénistes*, afin d'éloigner ·s incompétences intempestives. Cette commission aurait pour but ı se rendre une fois par mois auprès du malade pendant une année. i au bout d'un an l'état de l'aliéné est le même ou s'il est pire. elle ıra son rapport et l'on pourra se prononcer avec certitude. Le jugeıent affirmatif ou négatif ne sera donc porté qu'avec une extrême ırconspection. La commission pourra toujours reculer son rapport à année suivante.

Quant à l'état d'un conjoint divorcé sans le savoir, dont a parlé [. Blanche, ce sont là des situations purement hypothétiques que ous n'avons pas à envisager.

Si l'on pénètre dans les familles on trouvera là aussi des situations ympathiques, là aussi le divorce sera une mesure salutaire.

Comme conclusion et comme résumé de son discours, M. L... propose la résolution suivante :

La folie, dans certains cas déterminés, peut être considérée comme une cause de divorce.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour trois places de médecin du Bureau central.* — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Moizard, Déjerine et Gombault.

Un nouveau concours s'ouvre le 1er juin. Nous avons donné la composition du jury qui n'a pas été modifiée. Les candidats inscrits sont : MM. Ballet, Barié, Barth, Benoit, Béringier, Bourceret, Brault, Brissaud, Buzot, Cadiat, Carrière, Chauffard, Chouppe, De Beurmann, Decaisne, Dreyfous, Eloy, Hirtz (E.), Hirtz (H.), Jean, Josias, Latasie, Le rey, Lucas-Championnière, Martin, Merklen, Muselier, Oulmont, Renault, Rivet, Robin (Laurent), Talamon et Tapret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour l'adjuvat.* — Les questions données aux différentes épreuves du concours pour la nomination à huit places d'aides d'anatomie ont été : 1° *Epreuve écrite* : Le bulbe rachidien, anatomie et physiologie. — 2° *Epreuve orale d'anatomie* : a) Corps des vertèbres, ligaments qui les unissent. — b) Les métacarpiens et les muscles interosseux. — 3° *Epreuve de dissection* : a) Le nerf grand hypoglosse à la sortie du crâne et le plexus cervical profond. — b) Le nerf maxillaire inférieur.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES. — Parmi les lauréats récompensés par la Société des sauveteurs de la Seine, nous remarquons plusieurs de nos confrères, les Drs Vilpelle et Guignard (médailles d'argent) et les Drs ...let et Darnay (médailles de bronze).

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 18 *au* 25 *mai* 1882. — Fièvre typhoïde, . — Variole, 23. — Rougeole, 41. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 9. — Diphtérie, croup, 60. — Dysentérie, 3. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 12. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 80. — Phthisie pulmonaire, 227. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 89.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 61.

Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 91. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 71 ; au sein et mixte, 30 ; inconnu, . — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 129 ; l'appareil circulatoire, 67 ; l'appareil respiratoire, 85 ; l'appareil digestif, 42 ; l'appareil génito-urinaire, 23 ; la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulations et muscles, 7. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1 ; fièvre infectieuse, 0 ; épuisement, 1 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 36. — Causes non classées, 5. — Nombres absolus de la semaine, 1.326.

Résultats de la semaine précédente : 911.

Nous rappelons que le chiffre de la dernière semaine comprend la mortalité de huit jours au lieu de sept.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 64 SAMEDI 3 JUIN 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 64. Samedi 3 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. GUIBOUT.

Revue de l'année 1881.

Par M. MARTINET,
Interne du service.

Il est bien rare que dans le cours d'une année, passée dans l'un des services de médecine de l'hôpital Saint-Louis, il ne soit pas donné d'observer quelques faits pathologiques remarquables, ou tout au moins assez intéressants pour mériter qu'on les signale. Parmi les malades qui viennent y chercher des soins, les uns sont atteints d'affections parfaitement connues et classées, mais surprenantes par l'éclat ou la rareté de quelques-unes de leurs manifestations; les autres viennent soumettre à notre examen des phénomènes anormaux, développés en dehors des règles ordinaires, et bien faits pour dérouter, un instant, même les plus compétents.

Ce sont surtout ces anomalies qui doivent être mises en relief; c'est pourquoi, ayant eu la bonne fortune d'assister à l'évolution de plusieurs de ces affections remarquables et peu communes, nous avons cru qu'il y aurait quelque utilité à tracer ici leur histoire.

La syphilis nous a souvent fourni l'occasion de constater, une fois de plus, que toutes les règles ont des exceptions; c'est principalement l'accident primitif, le chancre, qui donne lieu à de fréquentes méprises, et fait éprouver de graves déceptions. On semble croire généralement qu'étant donnés les caractères d'un chancre, on peut, sans crainte d'erreur, dire s'il est syphilitique ou non, et si le malade doit s'attendre à tout le cortège des accidents constitutionnels, ou si tout se bornera chez lui à un accident local. C'est là une illusion que bien des faits viennent détruire; il est plus sage de dire avec le professeur Fournier que « le diagnostic du chancre par le chancre seul expose même entre les mains des maîtres de l'art à trop de surprises, à trop d'erreurs, pour être formulé sans réserve, sans appel ».

C'est aussi l'opinion de notre excellent maître, M. Guibout; nous l'avons vu administrer le mercure chaque fois qu'il a eu à traiter une ulcération vénérienne un peu douteuse; le malade se trouve ainsi armé, par avance, contre les accidents secondaires, s'ils surviennent.

L'observation suivante va servir à prouver ce que nous venons d'avancer.

Il s'agit d'un homme de 23 ans, entré salle Saint-Charles, au mois de mars de l'année 1881, pour un *bouton* sur la verge. Ce malade n'a

jamais eu, en fait d'accidents vénériens, qu'une blennorrhagie de peu de durée. Le *bouton* siège sur le prépuce à la partie dorsale de la verge. Offrant la largeur d'une pièce de vingt centimes, sans élévation, il est recouvert d'une petite croûte mince; cette croûte tombe au moindre contact pour se reformer presque aussitôt. Il n'y a pas la moindre trace d'*induration*, pas même un peu d'empâtement ou d'engorgement œdémateux; il existe dans l'aine droite une adénite inflammatoire sur le point de suppurer. Quelle est la nature de cette ulcération? On ne peut dire que ce soit un chancre induré, un chancre non induré, mais peut-être infectant alors? L'adénite suppurée nè témoigne pas en faveur de cette hypothèse; elle ferait plutôt penser à un chance mou, quoique l'ulcération ne présente aucun des caractères habituels de cette lésion.

Devant cette incertitude où l'on est placé, il n'est institué aucun traitement spécifique.

Pendant quatre ou cinq semaines, il ne se passe rien de particulier, l'ulcération ne subit aucune modification, l'adénite suppure abondamment; le bubon est ouvert, et son orifice tend à prendre le caractère chancreux; un ganglion du côté gauche se met également à suppurer.

Notons cependant un peu de fièvre le soir avec arthralgie, douleurs rhumatoïdes et état saburral des voies digestives.

Vers le 15 mai environ, le malade nous apparaît un matin, la poitrine, le dos et les membres constellés de belles papules cuivrées, un peu squameuses, surtout vers leur bord où se dessine la collerette caractéristique; celles qui sont sur les jambes ont une teinte purpurine; sur le front, elles sont papulo-tuberculeuses.

Il y a en même temps de l'engorgement des ganglions sous-occipitaux, sous-maxillaires et sus-épitrochléens, et plusieurs ulcérations amygdaliennes. Le doute n'est pas possible, c'est bien de la syphilis. M. Guibout donne alors tous les jours une pilule de protoiodure de mercure et des toniques; au bout de trois mois le malade est en état de sortir.

L'éruption s'est effacée à peu près complètement, les bubons et le chancre se sont cicatrisés, et l'état général est excellent.

Des faits de ce genre ne sont certes pas rares, mais nous avons cru celui-ci peut-être plus digne que les autres d'être rapporté, parce que nous avons assisté à l'apparition et à l'évolution de la lésion primitive et des accidents secondaires; mais combien de fois n'arrive-t-il pas de voir des malades qui, soignés à l'hôpital du Midi pour des *chancres mous*, viennent trois mois après à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, parce qu'ils ont une éruption et presque toujours cette éruption n'est autre qu'une *syphilide papuleuse*.

Dans l'observation suivante, c'est encore la syphilis qui est en cause.

cette fois elle a porté une profonde atteinte à la santé; outre une lésion cutanée des plus graves, elle s'est plu à frapper deux grandes articulations, celles des genoux.

Eugène P..., âgé de 34 ans, a eu, pendant sa jeunesse et dans ces dernières années, une série d'éruptions de boutons rouges, qui persistaient une semaine, blanchissaient à leur sommet et disparaissaient en laissant une petite tache rouge foncé. Leur siège, sur la face, dans le dos et sur la poitrine, joint aux caractères précédents, laisse tout lieu de croire qu'il s'agissait de boutons d'acné. Depuis deux ans cependant des boutons, recouverts de croûtes noires, ont envahi le cuir chevelu. Aujourd'hui ces croûtes sont disséminées en assez grand nombre sur la poitrine, l'abdomen, les bras et les jambes. Larges comme une pièce de un franc, à peu près, elles sont écailleuses et leur couleur se fait remarquer par sa teinte vert noirâtre. Presque toutes sont entourées d'un cercle rouge, inflammatoire, et quelques-unes ont leur base soulevée en certains points par un liquide sanieux et fétide. Celles qui ont disparu ont laissé à découvert des ulcérations profondes et suintantes.

C'est bien là du rupia, la chose est évidente.

Passons aux lésions articulaires. C'est vers l'âge de 18 ans que le malade a commencé à souffrir du genou droit; la marche était pénible, douloureuse, et peu à peu le genou devint beaucoup plus gros que celui du côté opposé. Un médecin fut alors appelé, constata l'existence d'un épanchement, et jusqu'à dix-sept vésicatoires furent appliqués, à des intervalles plus ou moins éloignés, sans amener de guérison radicale.

Le genou gauche ne tarde pas à se prendre également. Quand le malade entre à l'hôpital, on reste frappé à la vue du genou droit, il est énorme, sa circonférence mesure 57 centimètres dans sa plus grande étendue ; la rotule est soulevée et les culs-de-sac de la synoviale sont distendus par un épanchement abondant, facilement reconnaissable à ses signes ordinaires. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est le volume, la tuméfaction considérable des deux condyles du fémur, surtout de l'interne et des tubérosités du tibia; il semble qu'il se soit formé autour de ces éminences une infiltration épaisse et dure, probablement aux dépens du périoste. La rotule elle-même est plus large qu'à l'état normal.

Les mêmes lésions, mais bien moins marquées, se rencontrent sur le genou gauche.

De quelle nature sont ces arthropathies? On peut, croyons-nous, affirmer sans hésitation qu'elles sont de nature syphilitique. D'abord il n'y a pas de doute à avoir sur l'existence de la diathèse, quoique le malade nie toute espèce d'accidents vénériens et que ses antécédents héréditaires soient muets à cet égard, mais ce rupia généra-

lisé est caractéristique, il sent sa syphilis ; en outre l'affection articulaire permettrait à elle seule de faire le diagnostic étiologique. Cette tuméfaction des extrémités articulaires, due probablement à des dépôts gommeux autour du périoste, n'appartient guère qu'à cette variété d'arthropathies, de *pseudo-tumeurs blanches syphilitiques*, comme les a appelées M. Fournier.

M. Guibout prescrit un traitement en conséquence: repos absolu au lit sans gouttière ni compression ; frictions mercurielles sur les deux genoux, et à l'intérieur l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes, et, en même temps, des toniques, vin de quinquina, etc. On recouvre de cataplasmes les croûtes de rupia, là où elles ont déterminé une inflammation trop vive ; et sur les ulcérations on applique l'emplâtre de Vigo. Tout d'abord l'iodure est assez mal supporté, il est remplacé par le sirop de Gibert ; les frictions, ayant amené de la salivation, sont supprimées.

L'état général est assez mauvais pendant quelque temps ; ce n'est guère qu'au bout de deux mois que le traitement commence à produire d'heureux effets. L'épanchement diminue de moitié au moins dans le genou droit ; sa circonférence n'est plus que de 49 centimètres ; à gauche il n'y a presque plus de liquide.

Quelques croûtes de rupia se sont détachées et l'ulcération qu'elles ont laissé à découvert s'est rapidement cicatrisée.

Pendant les mois d'août et de septembre, les forces reviennent en même temps que l'appétit ; l'état général s'améliore, tout danger disparu.

La peau se nettoie peu à peu et le genou droit finit par changer totalement d'aspect ; il y a toujours de l'épanchement, mais les masses dures qui recouvraient les extrémités osseuses sont à peine appréciables.

Le traitement a toujours consisté dans l'administration du sirop de Gibert, ou de l'iodure de potassium avec une pilule de protoiodure.

Enfin, quand le malade sort, au mois de novembre, on peut le considérer comme guéri ; la peau est blanchie, nettoyée, il n'y a plus de rupia et l'épanchement seul a persisté dans le genou droit, les dépôts gommeux ayant subi une résorption à peu près complète.

Peut-on nier ici l'efficacité du traitement spécifique ? Ce serait chose difficile ; que le repos ait amené une grande diminution de l'épanchement, le fait est possible, mais qu'il ait fait disparaître ces masses dures qui nous ont servi à diagnostiquer la nature de l'affection, cela paraît douteux. C'est au mercure et à l'iodure de potassium qu'en revient tout l'honneur, preuve que la syphilis était bien la cause du mal.

Dans la salle des femmes, nous avons eu l'occasion d'observer un

très remarquable exemple d'hystérie, avec de véritables crises cataleptiques, reconnaissant certainement pour cause les excès de masturbation.

Autrefois, on attribuait aux troubles génésiques une grande influence sur le développement de l'hystérie.

Se trouvait-on en présence d'accidents nerveux nettement caractérisés chez une jeune fille de 18 à 20 ans, il était rare qu'on ne vît pas là une sorte d'éveil, d'appel des fonctions génitales, et presque toujours le mariage était conseillé comme le moyen thérapeutique le plus efficace. On espérait, en agissant ainsi, faire cesser ces habitudes d'onanisme qu'on regardait, avec juste raison, comme le point de départ des accidents. Aujourd'hui que les cas d'hystérie où les troubles génésiques ne peuvent être incriminés sont devenus assez nombreux, la tendance à les rayer complètement du cadre étiologique paraît devoir se généraliser.

Cependant l'observation que l'on va lire nous porte à croire qu'on ne doit pas les rejeter complètement et que bien des fois encore ils doivent entrer en ligne de compte dans l'énumération des causes.

(*A suivre.*)

A propos d'un cas de croup suffocant chez l'adulte avec trachéotomie suivie de succès (*Suite*) (1).

Par M. Frédéric GENDRON,

Interne des hôpitaux.

En 1823, Louis présentait à l'Académie royale de médecine un mémoire bien connu sur le *croup considéré chez l'adulte* (2). Il le regardait comme très rare, et, d'après lui, les recueils de médecine en fournissaient à peine trois ou quatres exemples dans les quinze années précédentes. Sur les huit observations qu'il rapporte il y a sept cas de mort, et dans cinq de ces derniers au moins elle paraît due soit aux lésions pulmonaires, soit à l'infection diphthérique. Parmi les deux autres, se trouve un homme de 19 ans qui, dans le cours d'une pleurésie chronique, prit une angine couenneuse, la voix s'enroua, la respiration devint très sifflante, il y eut des accès de suffocation, et il mourut ; à l'autopsie, le larynx fort étroit naturellement fut trouvé rétréci par des fausses membranes ; cette observation laisse quelque doute au point de vue du croup suffocant, car il n'y est pas fait mention de la manière dont survint la mort, et l'état de santé antérieure compliquait la situation. L'autre sujet était une femme de 32 ans qui, avec une respiration sifflante, mourut en suffoquant ; les fausses membranes occupaient le larynx et les bronches. D'après les auteurs

(1) V. *France méd.*, nᵒ 62 et 63, p. 733 et 746.

(2) Archives de médecine, 1824.

du rapport sur le mémoire, dans le cas qui fut suivi de guérison il n'y aurait pas eu de croup. Du reste, Louis fait lui-même remarquer la rareté de la respiration sifflante et des accès de suffocation.

En 1828 paraissait sur le sujet une thèse d'un interne des hôpitaux, le Dr Horteloup (1). L'auteur produit quatre nouveaux cas de croup chez l'adulte, suivis de mort; l'un de ces cas est très contestable. Parmi les trois autres, un seul paraît s'être terminé au milieu d'accès de suffocation; à l'autopsie, le larynx était tapissé de fausses membranes qui obturaient aussi les ramifications bronchiques; l'observation ne permet pas de savoir si le larynx avait été le plus en cause dans l'asphyxie.

En 1834 un mémoire sur le croup d'adulte fut adressé par le Dr Caraut à l'Académie de médecine. Il y réunit plusieurs observations nouvelles et prétendit que l'affection était moins rare qu'on ne le croyait. Malheureusement nous n'avons pu nous procurer ces observations.

Depuis le travail d'Horteloup une seule thèse parut à Paris sur la question qui nous occupe; elle fut soutenue en 1852 par le Dr Caneva (2). Cinq observations seulement y sont réunies, quatre d'entre elles sont empruntées à divers recueils périodiques où nous les avons retrouvées, et toutes se rapportent bien plus à la bronchite pseudo-membraneuse qu'au croup.

Tousseau, dans sa *Clinique médicale*, a rapporté le cas d'une femme de 26 ans qui, pendant le cours de l'épidémie de Sologne, fut brusquement atteinte par le croup avec de violents accès de suffocation; elle expirait lorsqu'il la vit et la trachéotomie qu'il pratiqua ne prolongea l'existence que jusqu'au lendemain. Un second cas se montra chez un vieillard de 71 ans qui, avec une angine couenneuse, fut rapidement enlevé après d'épouvantables accès de suffocation. Ces deux faits paraissent bien appartenir à la forme suffocante. Du reste Trousseau, à côté du saisissant tableau qu'il fait des désordres dans le croup de l'enfant, nous apprend que, chez l'adulte, si la dyspnée laryngienne est moins commune et plus tardive à se produire, elle peut éclater avec une intensité plus effrayante encore, et alors « la violence des accès de suffocation, l'espèce de rage qui s'empare du malheureux mourant, étranglé par cet obstacle dont il ne peut se débarrasser, sont impossibles à dépeindre ».

En nous reportant aux différentes observations relevées dans les index bibliographiques des dictionnaires ou des traités, nous n'avons pu en découvrir que bien peu qu'il soit possible de rattacher à la forme suffocante du croup. Il s'agit généralement de laryngite sur-

(1) Horteloup. Observations de croup chez l'adulte. Th. de Paris, 1828.

(2) Caneva. Considérations sur quelques cas de croup chez l'adulte. Th. de Paris, 1852.

venant à la suite d'une angine diphthérique et se traduisant par de la toux, de l'altération de la voix, quelquefois un peu de sifflement respiratoire; mais on y retrouve rarement les accidents d'asphyxie laryngienne dont nous nous occupons. En 1829, un chirurgien militaire lut à l'Académie royale de médecine une observation sur un croup d'adulte (1) : il s'agissait d'un homme de 26 ans qui, cinq ans avant, à la suite d'une angine légère, non couenneuse, avait été pris de laryngite; la respiration devint gênée, sifflante, des accès d'étouffement éclatèrent au point de nécessiter la trachéotomie; le pharynx resta indemne de diphthérie, mais des fragments membraniformes furent expulsés par la canule; le malade guérit, sans pouvoir cependant se passer de la canule; deux ans après il succombait à la phthisie. Ce fait inspire encore quelque doute; il s'agissait d'un cas sporadique de croup d'emblée, et les circonstances ultérieures permettent d'hésiter sur la nature de la laryngite. Pourtant l'auteur le présente comme exemple d'un croup guéri par la trachéotomie, et à ce propos même il réclame contre Bretonneau la priorité du succès.

Une observation de Legroux publiée en 1858 (2) nous semble bien plus authentique: un homme au vingtième jour environ d'un érysipèle ambulant présenta sur l'isthme du gosier une plaque érysipélateuse; la voix devint rauque, bientôt les amygdales puis le pharynx se couvrirent de plaques grises; la toux, l'aphonie, la respiration sifflante s'ajoutèrent aux symptômes de l'angine, et vers le cinquième jour de l'invasion de l'affection couenneuse l'asphyxie par suffocation devint si imminente que Trousseau consulté déclara la trachéotomie urgente. L'opération fut suivie de soulagement immédiat, mais on ne constata pas l'expulsion de fausses membranes. Le malade guérit.

Dans le *Bulletin de la société anatomique* nous avons pu relever huit cas de croup chez l'adulte; dans tous la diphthérie s'étendait à une grande partie de l'arbre aérien, deux seulement peuvent être considérés comme des croups suffocants. Une première observation, communiquée par Codet en 1851, est celle d'une femme de 23 ans, enceinte de sept mois, qui, à la suite d'une angine non couenneuse, présenta de l'altération de la voix, de la toux, de la gêne respiratoire, puis de violents accès de suffocation au milieu desquels elle fut enlevée le neuvième jour. On ne trouva, à l'autopsie, aucune fausse membrane dans le pharynx, mais le larynx en était tapissé, dans la trachée elles étaient moins épaisses et elles s'étendaient à peine dans les bronches. La seconde observation est celle d'Avezou, en 1876, relative à une femme de 33 ans qui, à la suite d'une angine

(1) Bulliard. Observation sur un croup d'adulte. Journal hebd. de médecine, 1829.

(2) Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1858.

sans production membraneuse, entra à l'hôpital avec de l'aphonie et « un tirage très considérable comme chez l'enfant atteint de croup ». La trachéotomie fut aussitôt pratiquée, elle amena un soulagement marqué avec expulsion de fausses membranes par la plaie trachéale, mais le soir la malade fut enlevée par une hémorrhagie abondante La glotte fut trouvée très rétrécie par les produits diphthéritiques qui ne s'étendaient pas au delà des premières divisions bronchiques.

Nous terminerons cette analyse par le fait qui nous a paru le plus intéressant parmi tous ceux que nous avons pu recueillir; il est emprunté à la *Gazette des hôpitaux* de 1878. Une femme âgée de 23 ans, enceinte, entra à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Gueneau de Mussy, à l'occasion d'une aphonie qui parut suffisamment expliquée par un état marqué d'hystéricisme, d'ailleurs à ce moment elle ne présentait pas d'angine, pas de fièvre, pas d'oppression. La malade fut couchée non loin d'un enfant atteint de diphthérie; au bout de quelques jours elle fut prise de dyspnée avec tirage, le lendemain éclatèrent des accès de suffocation violents et répétés au point que deux jours après elle était agonisante. La trachéotomie fut pratiquée sans grand espoir. A partir de ce moment il y eut des rejets de fausses membranes tubulées, pendant quelque temps la malade resta oppressée; la diphthérie envahit même les lèvres de la plaie qui fut lente à se fermer; la convalescence traîna en longueur, au bout de trois mois la cicatrisation n'était pas complète. Néanmoins la malade guérit et la grossesse se continua sans accident.

Ce dernier fait offre le plus haut intérêt; c'est un type de croup laryngé suffocant et en outre, laissant de côté pour l'instant les résultats de l'intervention, c'est un exemple de diphthérie localisée d'emblée sur les voies respiratoires, particularité que nous avons notée un certain nombre de fois dans les observations de diphthérie laryngo-bronchique chez l'adulte que nous avons parcourues.

Nous sommes bien loin, sans doute, d'avoir pris connaissance de tous les faits publiés qui pourraient être rapportés au croup suffocant de l'adulte; mais nous avons assez étendu nos recherches pour en tirer cette conviction qu'ils sont très rares. Toutes les fois qu'il a été permis de le vérifier, on a pu constater que le croup était associé à la bronchite pseudo-membraneuse; malheureusement alors c'est le plus ordinairement de la lésion bronchique que viennent les troubles respiratoires et les dangers, quand l'infection ne s'en mêle pas. Cependant quelques faits viennent se joindre au nôtre pour prouver qu'il peut en être autrement; et, si rares qu'elles soient, on ne saurait hésiter à appeler l'attention sur de pareilles exceptions, pour le salut peut-être des sujets qui les présentent. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Seance du 31 *mai* 1882. — *Présidence de* M. L. Labbé.

Cloisonnement de l'utérus. — *M. Polaillon*, à propos de la communication de M. Guéniot, présente quelques considérations sur les cas de dystocie tenant à un cloisonnement de l'utérus. Pour lui, M. Guéniot a eu affaire non pas à une cloison transversale mais bien à une bifidité de l'utérus, à une cloison verticale; une des loges de l'utérus venant à se développer, cette cloison a été repoussée peu à peu en bas et en arrière, est devenue transversale et s'est placée au-dessus de la cavité cervicale. Ajoutons que dans ces cas il y avait en même temps insertion vicieuse du placenta et présentation du tronc. Ces faits ont été mis en lumière par M. Polaillon, en 1877, dans une communication à la Société de chirurgie.

Pour lever tous les doutes, il aurait fallu faire l'examen histologique de la cloison. De plus, il aurait été nécessaire de savoir à quel point de l'utérus gravide s'inséraient les trompes. Il est évident que si l'une des trompes est redescendue très bas, près de la cloison transversale, l'explication de M. Polaillon n'est pas contestable.

M. Guéniot. Je me rattacherais très volontiers à l'explication donnée par M. Polaillon, mais il parait que les trompes utérines s'inséraient toutes deux au fond de l'utérus.

M. Le Fort. Même dans l'hypothèse d'un utérus double, il est parfaitement possible que les trompes soient situées à la même hauteur. En outre, l'accouchement est souvent possible dans les cas de bifidité de l'utérus; j'en ai rapporté des exemples dans ma thèse, entre autres une curieuse observation de Dionis.

Rapport, par M. *Chauvel*, sur plusieurs observations de chirurgie envoyées par M. Richon, médecin militaire à Belfort.

1° Fracture compliquée de jambe, ostéopériostite diffuse. Immobilisation, Lister, guérison.

2° Chéloïde cicatricielle de la région lombaire. Inflammation et suppuration. Ablation de la chéloïde. Pas de récidive après deux mois.

3° Varices du membre supérieur droit.

4° Kyste thyroïde. Injection iodée. Guérison. Aphonie incomplète ayant duré plusieurs mois après la guérison.

5° Petit projectile de guerre enclavé dans l'astragale. Accidents immédiats, suppuration des gaines tendineuses, nécrose partielle. Extraction du projectile un an après. Nouvelle poussée inflammatoire dans les gaines, mais au bout de trois mois guérison définitive.

M. Le Fort se demande si cette dernière observation est suffisam-

ment probante et s'il ne vaut pas mieux éviter toute intervention dans le cas de projectile petit et profondément situé.

M. Després rappelle que dans une discussion récente, la Société de chirurgie, d'un avis unanime, a pensé que dans les cas de projectiles superficiels on pouvait tenter l'extraction, mais qu'il ne fallait pas fouiller les tissus pour aller à la recherche de projectiles perdus; on s'expose à de graves complications.

M. Berger. Il faut faire une distinction entre les parties molles et le squelette. Lorsque les projectiles arrivent sur les os, ils se déforment, s'aplatissent, produisent souvent des fractures. Peut-être dans ce cas est-il nécessaire d'intervenir pour extraire le projectile et les esquilles.

Elongation du nerf dentaire inférieur. — *M. Marc Sée*. Il s'agissait d'une femme d'un certain âge, ayant depuis longtemps des accidents nerveux, et qui depuis plusieurs mois présentait une névralgie dentaire, dépendant d'une dent cariée.

L'élongation fut faite par le procédé de Sœmberg qui consiste à faire une incision sur le bord de la mâchoire, à désinsérer le ptérygoïdien interne, à arriver sur l'épine de Spix, on peut alors charger le nerf dentaire inférieur et le tirailler.

Il y eut un petit abcès au niveau de la joue, mais la guérison fut assez rapide et depuis les douleurs ne sont pas revenues. Cette femme a conservé de l'insensibilité au niveau du menton, et aussi dans tout le côté de la langue, ce qui ferait supposer que le nerf lingual a été tiraillé en même temps que le nerf dentaire.

M. Polaillon. La malade de M. Marc Sée a-t-elle été observée longtemps après l'opération? En effet, j'ai présenté une observation d'élongation du nerf dentaire inférieur, j'avais pu espérer la guérison, mais au bout de trois mois, les douleurs sont revenues. Il est vrai que je n'avais pas obtenu l'insensibilité du menton et de la langue, et par conséquent, je n'avais pas détruit les fibres nerveuses.

Aussi, mécontent de l'élongation dans ce cas, j'ai fait pour un autre malade la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur, la section du nerf dentaire inférieur et l'arrachement du bout périphérique. Malgré cela, les douleurs persistèrent pendant quelques jours après l'opération; mais au bout de huit à dix jours, les douleurs ont diminué et enfin ont complètement disparu.

D'autre part, je préfère la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur à l'opération de Sœmberg : la première est plus précise, on arrive directement sur le nerf dentaire. C'est le procédé de Waren.

M. Gillette. Je préfère le procédé de Sœmberg. On a ici un point de repère précis, l'épine de Spix, qui manque dans les autres procé-

dés. Je regrette que M. Sée ne se soit pas servi de mon dynamomètre, il nous aurait dit quel était le degré de traction, ce qui a son importance au point de vue de la guérison définitive. M. Marc Sée pense avoir lésé l'artère dentaire inférieure, je ne le crois pas ; la lésion de cette artère, même par déchirure, produit des hémorrhagies graves, et je connais un cas pour lequel le chirurgien a été obligé de faire la ligature de la carotide externe.

M. Marc Sée, ayant obtenu l'insensibilité du menton, pense que la guérison pourra être définitive.

Des procédés employés, celui de Waren, trépanation de l'apophyse mastoïde, a l'inconvénient de laisser une cicatrice sur la joue, et, de plus, il est difficile de manœuvrer par l'orifice donné par le trépan.

Le procédé de Lizard, qui consiste à atteindre le nerf dentaire par l'intérieur de la cavité buccale, paraît dangereux.

Présentations de malade. — *M. Després* présente un jeune malade à qui il a enlevé, il y a quinze jours, une balle dans la paume de la main. Il a employé le pansement de Chassaignac, ce que M. Després a l'habitude d'appeler le pansement sale, associé à l'immobilisation. La guérison est aujourd'hui complète. Le chirurgien demande si on aurait obtenu un pareil résultat avec le lister.

M. Le Fort présente un malade qui a eu, il y a quinze ans, une double fracture de cuisse. Il est resté d'un côté une pseudarthrose complète. Les mouvements se passent dans la pseudarthrose et non pas dans l'articulation du genou. Ces mouvements sont très étendus et permettent assez facilement la marche, sans appareil prothétique. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'intervenir.

M. Fauvel présente un malade dont l'histoire est très curieuse. En 1870, cet homme a reçu une balle de gros calibre au niveau de la joue gauche ; le corps étranger n'a produit aucun phénomène à ce moment. Il y a quelque temps, il se plaint de dyspnée et M. Fauvel constate une tumeur sanguinolente, rouge au niveau de l'orifice supérieur du larynx. Dans un accès de toux très violent le malade expulse la balle, vide l'abcès qui s'était formé dans les replis aryténo-épiglottiques.

De Lapersonne.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 5 au 10 juin 1882.) — *Lundi*, 5. — Doctorat, 2e, dissection : MM. Verneuil, Vulpian et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (nouveau régime, phys., chimie, histoire naturelle) : MM. Regnauld, Gariel et Bourgoin. — 4e : MM. Bouchardat, Parrot et A. Ollivier. — 4e :

MM. Fournier, Hayem et Straus. — 5e (Charité) : MM. Potain, Tillaux et Pinard. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Duplay et Landouzy.

Mardi, 6. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Richet, Cornil et Richelot. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (oral) : MM. Sappey, Legroux et Berger. — 2e (ancien régime, anatomie et histologie) : MM. Robin, Ball et Peyrot. — 4e : MM. Lasègue, Brouardel et Grancher. — 5e (Charité) : MM. G. Sée, Panas et Charpentier.

Mercredi, 7. — Doctorat, 2e, dissection : MM. Béclard, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (oral) : MM. Vulpian, Parrot et Monod. — 1er (oral) : MM. Trélat, Fournier et Terrillon. — 2e (nouveau régime, 1re partie, oral, anatomie et histologie) : MM. Charcot, Guyon et Cadiat. — 2e (nouveau régime, oral, 1re partie, anatomie et histologie) : MM. Duplay, Hayem et Remy. — 3e : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon.

Jeudi, 8 (assemblée de la Faculté à 3 heures très précises). — Doctorat, 2e, médecine opératoire (ancien régime) : MM. Le Fort, Cornil et Humbert. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e (ancien régime, oral) MM. Richet, Legroux et Debove. — 2e (ancien régime, oral) : MM. G. Sée, Panas et Hallopeau. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Hardy, Jaccoud et Berger. — 2e (nouveau régime, oral, 1re partie) : MM. Robin, Laboulbène et Richelot. — 3e (fin d'année) : MM. Brouardel, Raymond et Peyrot. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Sappey et Peter.

Vendredi, 9. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Duplay, Tillaux et Marchand. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : MM. Béclard, Verneuil et Cadiat. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Trélat, Fournier et Straus. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Vulpian, Parrot et Pozzi. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Charcot, Potain et Terrillon. — 3e : MM. Baillon, Regnauld et Gay. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Depaul, Hayem et Bouchardat.

Samedi, 10. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Sappey, Le Fort et Farabeuf. (*Epreuve pratique :* Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : MM. Ball, Cornil et Peyrot. — 2e (ancien régime, oral) : MM. G. Sée, Legroux et Richelot. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Laboulbène, Brouardel et Berger. — 2e (nouveau mode, oral, 1re partie, anatomie et histologie : MM. Robin, Panas et Humbert. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Robin, Lasègue et Charpentier.

Samedi, 10. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

NÉCROLOGIE. — M. Léon THILLET, étudiant en médeine, âgé de 23 ans, vient de mourir du croup contracté en soignant à l'hôpital Necker des enfants confiés à ses soins.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31


VIN
DE
VIAL

Vingt-Neuvième année — Tome I. N° 65 Mardi 6 Juin 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France........... 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Gît-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 65. Mardi 6 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 5 *juin* 1882.

L'autonomie du corps de santé militaire.

L'*Officiel* vient de publier les décrets réglant les attributions nouvelles et le fonctionnement du corps de santé militaire. Nous les reproduisons ci-dessous en nous félicitant des progrès qu'ils réalisent et de la satisfaction que l'on donne enfin aux justes revendications de nos confrères de l'armée.

Le président de la République française,

Vu la loi du 16 mars 1882;

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Décrète :

Article premier. — La direction du service de santé est exercée dans l'armée, à l'intérieur et en campagne, par les médecins militaires, sous l'autorité du commandement.

Art. 2. — Les personnels concourant à l'exécution du service comprennent :

1° Le corps de santé militaire (médecins et pharmaciens);

2° Les officiers d'administration du service de l'intendance;

3° Des détachements d'infirmiers militaires;

4° Éventuellement, des détachements du train des équipages militaires ou d'autres troupes;

5° Le personnel civil attaché d'une manière permanente ou temporaire à ce service.

DIRECTION CENTRALE.

Art. 3. — Une direction du service de santé est chargée, sous les ordres immédiats du ministre, de traiter toutes les questions se rapportant soit au personnel, soit au matériel et aux approvisionnements de toute nature nécessaires au service.

Cette direction a dans ses attributions :

Le personnel des médecins et pharmaciens militaires;

L'école de médecine et de pharmacie militaires;

Le matériel des hôpitaux et ambulances.

Art. 4. — Le conseil de santé des armées est supprimé.

Le comité consultatif de santé, créé par l'article 40 de la loi du 16 mars 1882, est composé du médecin inspecteur général, président, de cinq médecins inspecteurs désignés par le ministre, et du pharmacien inspecteur.

Un médecin du grade de principal ou de major est attaché au comité en qualité de secrétaire.

Les attributions et le fonctionnement du comité consultatif de santé sont analogues à ceux des comités consultatifs d'administration et des différentes armes.

DIRECTION DE CORPS D'ARMÉE.

Art. 5. — A chaque gouvernement militaire et à chaque corps d'armée est attaché un médecin inspecteur ou principal directeur du service de santé, qui peut être, en même temps, le médecin chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice civil du chef-lieu.

Il a l'autorité d'un chef de corps sur tout le personnel concourant à l'exécution du service de santé dans les établissements hospitaliers de la région du corps d'armée.

Il exerce son action, au point de vue technique, sur tous les médecins attachés aux corps de troupe. La correspondance qui s'établit, en vertu de cette action, entre le médecin d'un corps de troupe et le médecin directeur régional, doit passer par l'intermédiaire du chef de corps.

Il propose au général commandant la désignation des médecins des corps qui, aux termes de la loi du 7 juillet 1877, doivent faire le service dans les hospices civils, ainsi que de ceux qui doivent assister les conseils de revision.

Il propose aussi la désignation des médecins et pharmaciens civils qui peuvent être requis pour assurer le service de santé militaire.

Il tient les contrôles des médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale désignés pour les corps et les services de la région et peut être chargé par le commandement de l'inspection de tous les médecins et pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale domiciliés dans la région.

Il établit ou reçoit, annote s'il y a lieu et transmet à qui de droit les propositions concernant l'avancement et l'admission ou l'avancement dans la Légion d'honneur, faites en faveur du personnel désigné dans l'article 2.

Art. 6. — Le médecin directeur du service de santé surveille d'une manière permanente le matériel des hôpitaux et ambulances, ainsi que le matériel médical des corps de troupes; il s'assure que ce matériel est au complet déterminé par les règlements et disponible pour le service.

Il adresse au général commandant ses demandes à ce sujet.

Il prend part aux conférences concernant les travaux de construction des établissements hospitaliers et des infirmeries régimentaires; ses avis sont consignés aux procès-verbaux desdites conférences. Il est également consulté, au point de vue de l'hygiène, sur les questions concernant le casernement.

Il donne son avis sur tous les projets de convention avec les hospices civils.

Il soumet au général commandant ses propositions relatives aux mesures d'hygiène nécessaires au bon état sanitaire des troupes.

Il centralise les documents relatifs à la statistique médicale et établit celle du corps d'armée. Toute sa correspondance avec le ministre passe par l'intermédiaire du commandant du corps d'armée.

SERVICE HOSPITALIER.

Art. 7. — Dans chaque hôpital militaire et dans chaque ambulance, le médecin chef a autorité, en ce qui concerne l'exécution du service et la police de l'hôpital, sur tout le personnel militaire ou civil attaché à l'établissement, d'une manière permanente ou temporaire. Il a l'initiative des propositions pour l'avancement dans la hiérarchie, pour l'admission ou l'avancement dans la Légion d'honneur. Il a le droit de punition disciplinaire attribué aux officiers supérieurs. Néanmoins, en ce qui concerne la police et la discipline générales, ainsi que l'administration intérieure des corps, les infirmiers et troupes détachées ne cessent pas de relever de leurs chefs directs.

Dans les hospices civils auxquels est attaché un personnel militaire, le médecin militaire chef de service exerce son action sur ce personnel dans les mêmes conditions.

Art. 8. — Le médecin chef prend part aux conférences concernant les travaux de construction, d'appropriation, d'affectation et d'amélioration des locaux destinés au service de l'hôpital ou de l'ambulance ; ses avis sont consignés aux procès-verbaux desdites conférences. Il peut également être consulté sur les questions concernant le casernement, au point de vue de l'hygiène des troupes.

Le médecin militaire chef de service dans un hospice civil est toujours consulté sur les projets de convention à établir avec la commission administrative de l'hospice, ainsi que sur les modifications proposées aux dites conventions. Il adresse ses demandes et observations à la commission administrative, et rend compte au médecin directeur du corps d'armée, qui prend, au besoin, les ordres du commandement.

Art. 9. — Dans chaque hôpital militaire et dans chaque ambulance, la gestion est confiée au pharmacien le plus élevé en grade et à l'officier d'administration comptable, chacun en ce qui le concerne, sous l'autorité du médecin chef.

Le médecin chef et les gestionnaires se réunissent périodiquement en commission pour discuter les affaires d'administration. Sur l'ordre du ministre de la guerre, la commission peut, s'il y a lieu, être transformée en conseil d'administration analogue aux conseils d'administration des corps de troupe.

Art. 10. — Toutes les dépenses du service de santé sont ordonnancées par le service de l'intendance.

Le fonctionnaire de ce service ordonnateur s'assure de la régularité de toutes les dépenses ; il procède à toute vérification périodique ou inopinée qu'il juge utile, ou qui lui est prescrite par le commandement, pour s'assurer de la présence des hommes, du bon emploi des deniers et du matériel, enfin de la ponctuelle exécution des lois, règlements et instructions relatifs à l'administration.

Le gestionnaire intéressé assiste aux constatations et vérifications faites par le service de l'intendance ; le médecin chef y assiste s'il le juge utile ou s'il en a reçu l'ordre du commandement.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 11. — Des règlements et des instructions ministérielles fixeront les points de détail concernant l'application du présent décret.

Art. 12. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 27 mai 1882.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :
Le ministre de la guerre,
Billot.

Le Président de la République Française,

Vu l'article 20 de la loi du 16 mars 1882, sur l'administration de l'armée, comportant, à l'administration centrale de la guerre, la création d'un service spécial et distinct de santé ;

Vu le décret, en date de ce jour, relatif au fonctionnement du service de santé ;

Vu les divers décrets et décisions présidentiels sur l'organisation actuelle de l'administration centrale de la guerre ;

Sur la proposition du ministre de la guerre,

Décrète :

Article premier. — Il est créé au ministère de la guerre une septième direction, qui prendra le titre de : Direction du service de santé.

Art. 2. — Cette direction comprendra un bureau des hôpitaux, qui aura dans ses attributions :

1° Personnel, organisation, inspection, état civil et militaire des officiers du corps de santé, médecins et pharmaciens. — Rapports avec la direction de l'artillerie et celle des services administratifs en ce qui concerne le matériel, la répartition des troupes du train des équipages militaires, des officiers d'administration et des infirmiers

détachés pour assurer le service de santé. — Ecole de médecine et de pharmacie militaires. — Recrutement des élèves.

2° Hôpitaux militaires. — Surveillance du matériel d'hôpitaux et d'ambulances, ainsi que des approvisionnements de réserve. — Centralisation de toutes les affaires soumises au comité consultatif de santé. — Statistique médicale. — Recueil des mémoires de médecine, etc. — Instruction technique. — Constitution et répartition du matériel technique pour le temps de paix et le temps de guerre. — Création et suppression des hôpitaux fixes et temporaires, des dépôts de convalescents, etc.

Art. 3. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 27 mai 1882.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :
Le ministre de la guerre,
Billot.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. GUIBOUT.

Revue de l'année 1881 (*Suite et fin*) (1).

Par M. Martinet,
Interne du service.

La malade dont nous allons nous occuper est couchée au n° 42 de la salle Henri IV; elle ne présente rien de notable dans ses antécédents. Elle atteignit l'âge de 25 ans sans qu'elle se soit jamais adonnée, ne fût-ce que de temps à autre, et comme par hasard, à la masturbation. Mais à partir de cette époque elle s'est livrée en compagnie d'une amie d'abord, puis seule, à des pratiques d'onanisme fréquemment renouvelées. Cette funeste habitude devint rapidement une véritable passion, et c'est cinq à six fois par jour, et autant la nuit, qu'elle répétait ses manœuvres.

Chacune d'elles était suivie de l'écoulement abondant d'un liquide filant, fourni, sans doute, par les glandes de Bartholin. Bientôt, cette sorte d'éjaculation eut lieu sans aucune intervention active, il suffisait, pour la produire, d'une idée, d'un désir érotiques.

Ces excès ne tardèrent pas à avoir pour conséquence des troubles nerveux, état de langueur, avec sensation de boule et de constriction à la gorge, baillements, étouffement et faiblesse; de véritables accès parfaitement constitués apparurent ensuite, suivis d'une émission très abondante d'urines claires, limpides.

Naturellement, les forces allèrent en décroissant, l'appétit se

(1) Voir *France médicale*, n° 64, p. 757.

perdit, et l'amaigrissement fit de grands progrès. Le visage est excessivement pâle, les yeux sont excavés, les pommettes saillantes, les membres grêles et décharnés; il y a là une sorte de cachexie, comme si d'importants organes étaient en souffrance. Il n'en est rien cependant. Une toux fréquente pouvait faire craindre une affection pulmonaire, mais l'auscultation est négative ; de plus cette toux est rauque, aboyante, c'est la toux des hystériques ; on note de l'anesthésie cutanée diversement localisée; la motilité est intacte.

Nous fûmes plusieurs fois témoins des crises à toutes leurs périodes; il y avait d'abord un état particulier d'énervement, d'agitation avec étouffement, peu après la face devenait pâle, les membres se raidissaient, les lèvres étaient agitées de petits mouvements convulsifs; au début, la malade entendait ce qui se disait autour d'elle, puis la perte de connaissance devenait complète; la respiration continuait à se faire régulièrement et le pouls conservait une certaine force; toutefois les membres ne gardaient pas la position qu'on essayait de leur donner. Ce n'est que dans les accès ultérieurs que ce caractère fit son apparition.

Ces accès duraient 10, 20 minutes, quelquefois plus; la malade en sortait brisée, les idées vagues, n'ayant pas le souvenir précis de ce qui les avait précédés.

Les antispasmodiques, les toniques et les douches froides forment la base du traitement. Mais à chaque douche la malade tombe dans une sorte de catalepsie ; à peine a-t-elle reçu les premiers jets d'eau qu'elle devient raide, contracturée, et perd connaissance; alors les membres conservent la position qu'on leur donne. Certains de ces accès durent près d'une heure. Force est donc d'abandonner ce traitement.

M. Guibout songe alors à la méthode employée en Angleterre en pareille circonstance et qui a été pratiquée en France, mais sans succès, il faut l'avouer; nous voulons parler de l'incision du clitoris. Trouvant ce procédé un peu radical, M. Guibout se borne à détruire en partie cet organe avec le thermo-cautère. L'opération paraît avoir eu pour premier résultat de mettre, pour un certain temps, obstacle à la masturbation. La malade en éprouve une heureuse influence, à tel point qu'elle demande elle-même une seconde cautérisation. Elle fut faite comme la première fois, mais les conséquences furent loin d'être aussi heureuses.

Peu de jours après, la malade ressentit de violentes douleurs abdominales, surtout dans la région hypogastrique; le ventre tendu, ballonné, ne pouvait supporter aucune pression ; la fièvre s'alluma, le pouls devint petit, fréquent, filiforme ; enfin, les vomissements verdâtres et la constipation achevèrent de caractériser une péritonite aiguë. L'affection suivit son cours, et fut combattue par les moyens

ordinaires. Vésicatoires répétés, purgations, applications émollientes et résolutives. L'état de la malade fut assez inquiétant à un moment donné, mais au bout de six semaines, les symptômes s'amendèrent; la péritonite devint subaiguë.

Le toucher vaginal et rectal, pratiqué à différentes reprises, ne révéla l'existence d'aucune tumeur liquide ou solide dans les culs-de-sac péritonéaux; la palpation des fosses iliaques était rendue impossible par l'extrême tension de la paroi abdominale.

La région sus-pubienne était surtout douloureuse à la pression; elle était le siège d'un empâtement diffus, mais sans fluctuation.

Cette péritonite, débrouillée de ses symptômes initiaux si graves, dure encore aujourd'hui, et de temps à autre elle subit une poussée qui la ramène presque à l'état aigu. Chacune de ces recrudescences coïncide, en général, avec l'époque des règles, et dure huit ou quinze jours; alors le ventre se ballonne de nouveau, les douleurs deviennent atroces et s'irradient dans le dos et les jambes, les vomissements reparaissent, la constipation devient opiniâtre, et l'état général reprend immédiatement un caractère de haute gravité.

Des vésicatoires, des purgatifs énergiques, des opiacés, ramènent l'affection à son niveau ordinaire, et la malade, tranquille pour deux ou trois semaines, reprend de l'appétit et des forces, et semble marcher vers la guérison, jusqu'à ce qu'une nouvelle époque cataméniale amène avec elle les symptômes alarmants.

Il y a deux mois à peu près, on crut qu'il s'était formé au-dessous de l'arcade de Fallope, du côté gauche, une collection purulente, pouvant communiquer avec la fosse iliaque; on fit une incision, mais il ne sortit pas de pus.

Dernièrement, la malade nous dit avoir perdu, à la fin de ses règles, un liquide puriforme, sorti en assez grande quantité. Etait-ce une collection purulente qui venait de se vider par le vagin? Il est difficile de le dire, d'autant plus que le fait ne s'est point renouvelé; toujours est-il que cette expulsion fut suivie d'une détente très marquée dans les phénomènes locaux, le ventre s'affaissa, devint souple et les douleurs cessèrent.

Est-ce un pas vers la guérison définitive? Il est plus prudent d'attendre, avant de se prononcer, que les prochaines règles soient arrivées. Seront-elles où ne seront-elles pas accompagnées d'accidents? La question est là.

Des lavements ont quelquefois amené une véritable poussée de péritonite aiguë, comme si quelques gouttes de liquide avaient pénétré dans le péritoine.

Quant à l'état nerveux, il a subi une grande amélioration; depuis longtemps il n'y a pas eu de crises; l'effet paraît avoir cessé avec la

cause, car la malade aurait renoncé à la masturbation, à ce qu'elle dit du moins.

Nous n'insisterons pas davantage sur les effets inattendus de cette cautérisation, pratiquée avec toute la prudence nécessaire, et sans que les tissus aient été atteints profondément.

Malgré l'innocuité de la première opération, les résultats de la seconde tentative sont bien faits pour faire rejeter de la pratique un tel procédé.

Avant de terminer, nous désirons attirer l'attention sur deux modes de traitement, l'un dirigé contre le zona, l'autre contre les ulcères de jambe, employés depuis longtemps par M. Guibout, avec un succès constant.

Dans le premier cas, c'est le collodion riciné qu'on met en usage. Tous les matins, pendant cinq ou six jours, M. Guibout recouvre complètement les parties malades d'une couche épaisse de ce mélange. Cette carapace évite aux malades les frottements de la chemise toujours si pénibles, et permet aux vésicules, ainsi protégées, de sécher sans laisser de larges ulcérations. Enfin, point capital, les grandes douleurs qui, d'ordinaire, accompagnent le zona et lui survivent si longtemps quelquefois, ne se font point sentir sous la triple influence du collodion, qui agit à la fois comme anesthésique, comme agent compressif, et protecteur contre les contacts inférieurs.

Si, dès les débuts de l'affection, on combat l'état gastrique par quelques purgatifs salins, en même temps qu'on ordonne un régime doux et des boissons acidulées, on obtient très rapidement la guérison. C'est ce que nous avons toujours noté dans presque tous les cas de zona, ainsi traités cette année, à la salle Saint-Charles.

Les ulcères de jambe sont assez connus pour que nous ne parlions ni de leurs causes, ni de leurs caractères; nous ferons remarquer seulement que la plupart d'entre eux sont limités par un bourrelet saillant, dur et corné. M. Guibout regarde ce bourrelet comme le principal obstacle à la cicatrisation; aussi en propose-t-il la destruction. Pour y arriver, il suffit de promener sur toute la longueur de ce bourrelet, dur et corné, une ou deux fois par semaine, le thermocautère. Il faut cautériser énergiquement, de façon à le faire disparaître complètement; quand ce but est atteint, on voit se former tout autour de l'ulcère un cercle un peu rosé, constitué par un épiderme jeune, qui envoie bientôt des prolongements vers le centre; le bourgeonnement est activé par des excitants locaux, et la cicatrisation s'effectue avec rapidité. Le repos absolu, et la position horizontale des parties malades, sont une condition adjuvante sinon essentielle de ce traitement. Des cataplasmes émollients sont maintenus en permanence, dans les débuts; on le remplace, vers la fin, par des bandelettes de Vigo.

Si l'ulcère pâlit, devient atonique, on trouvera de très bons stimulants dans l'onguent styrax, l'alcool, le vin aromatique, etc....

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 mai 1882. — *Présidence de* M. MILLARD, *vice-président.*

M. Lereboullet (du Val-de-Grâce) lit un mémoire d'un de ses confrères militaires, sur l'action antipyrétique du sulfate de quinine et du salicylate de soude combinés, dans le traitement de la fièvre typhoïde. Ce mémoire très long ne renferme aucun fait intéressant.

LÉSIONS INTESTINALES ET VÉSICALES DU DISTOMA HEMATOBIUM. — *M. Damaschino* lit un rapport sur la candidature de M. le Dr Zancarol, médecin de l'hôpital grec d'Alexandrie. M. Zancarol a envoyé à la Société un mémoire sur *les lésions intestinales et vésicales produites par le distoma hematobium* (Bilharzia hematobia).

M. Damaschino a utilisé les pièces anatomiques qui lui ont été envoyées par M. Zancarol ; il a fait des préparations histologiques et des photographies qui montrent que les œufs du distome s'infiltrent sous la muqueuse du gros intestin et les ganglions mésentériques ; on trouve de plus, à la surface de l'intestin, les lésions habituelles de la dysentérie chronique et des excroissances polypiformes qui semblent être la caractéristique des altérations propres à cette forme d'helminthiase.

Dans la vessie et dans la partie inférieure de l'uretère on trouve des lésions analogues à celles du gros intestin. De plus, le rein est transformé en une véritable poche d'hydronéphrose par suite l l'atrophie considérable du tissu rénal. On sait que c'est à la présence dans les voies urinaires du distoma hematobium qu'est due l'hématurie d'Egypte.

Sur le mode d'introduction et de développement du parasite, M. Damaschino cite l'opinion de Bilharz. Le parasite, logé dans le sang, irait déposer ses œufs, comme dans de véritables nids, à l'extrémité des réseaux capillaires. On a en effet constaté la présence du distome dans les branche de la veine porte et dans les plexus mésentériques.

M. Zancarol, sur la proposition de M. Damaschino, est inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Féréol demande que le comité de publication fasse en sorte de publier les remarquables photographies de M. Damaschino.

M. le Président répond que les recherches si intéressantes de M. Damaschino pourront être l'objet d'une discussion ultérieure.

M. Du Castel lit le rapport sur les maladies régnantes pendant le premier trimestre 1882.

INFLUENCE DU NOMBRE DES CICATRICES VACCINALES SUR LE PRONOSTIC DE LA VARIOLE. — *M. Landrieux* fait une communication qui prouve que chez les individus atteints de variole la multiplicité des cicatrices vaccinales et leur aspect légitime permettent de porter un pronostic favorable. Il est exceptionnel de voir la mort survenir dans les cas où il existe 5 ou 6 cicatrices légitimes. Au contraire, la mort est beaucoup plus fréquente quand il n'y a que 2 ou 3 cicatrices.

Il ne faut donc pas craindre, dans la vaccination, de multiplier les inoculations, excepté chez les enfants atteints d'eczéma, chez qui, ainsi que l'a démontré M. Guéniot, les pustules peuvent s'ulcérer du fait de la maladie antérieure et produire des accidents graves.

La séance est levée à 4 h. 3/4.

Ern. GAUCHER.

BIBLIOGRAPHIE

ESSAI SUR LA PATHOGÉNIE DE L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ESTOMAC, par le Dr *L. Galliard*, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8°, 50 p. Paris, O. Doin, 1882.

Trois théories principales ont été proposées, relativement à la pathogénie de l'ulcère simple de l'estomac. Rokitansky, le premier, a admis l'hyperémie du tronc veineux comme source d'érosions de la muqueuse, mais les troubles de la circulation veineuse donnent lieu plutôt aux érosions hémorrhagiques qu'aux ulcérations véritables; ces érosions sont rarement le point de départ de lésions profondes, ou du moins la stase veineuse ne suffit pas ; un nouvel agent doit intervenir, c'est l'inflammation.

Une seconde théorie fait intervenir les troubles primitifs de la circulation artérielle. Wirchow créa la théorie des embolies. D'autres auteurs ont signalé les lésions artérielles qui peuvent occasionner la thrombose des artères gastriques : ce sont l'endartérite aiguë ou chronique, l'athérome, la dégénérescence graisseuse et la dégénérescence amyloïde. Klebs a invoqué les contractions spasmodiques des petites artères déterminées par des accès de cardialgie. Ces spasmes anémient un territoire vasculaire qui reste alors sans défense contre l'acidité du suc gastrique ; mais il est douteux que ces phénomènes puissent exister pendant un temps assez long pour engendrer des pertes de substances profondes et étendues.

La troisième théorie, celle de l'inflammation gastrique, a été proposée par Cruveilhier. C'est la théorie à laquelle se rallie M. Galliard, celle à l'appui de laquelle il apporte dans sa thèse des preuves cliniques et des preuves histologiques.

Il est un certain nombre d'ulcères simples restés latents qui mani-

festent brusquement leur présence par l'hématémèse ou la péritonite, mais le plus souvent le diagnostic de l'ulcère est précédé d'une très longue période dans laquelle les troubles gastriques permettent d'affirmer l'existence d'une dyspepsie chronique ou plutôt d'une gastrite à évolution lente. Le stade d'inflammation est noté dans un grand nombre de cas d'ulcère, et M. Galliard en fournit plusieurs exemples inédits.

Dans deux cas, l'auteur a pu étudier, histologiquement, les altérations de l'estomac. Il a trouvé seulement, dans les artérioles et dans les veinules, les lésions de l'inflammation. De même l'inflammation de la paroi gastrique était manifeste, surtout au voisinage du pylore. Elle intéressait toutes les tuniques, surtout les superficielles, la muqueuse, la sous-muqueuse, la couche musculaire superficielle et reparaissait profondément, parfois très intense, dans la musculeuse vraie et même dans le péritoine. Cette inflammation se retrouve aussi dans les nerfs, cause certaine des douleurs qui accompagnent l'ulcération.

Quel est le mécanisme de l'ulcération? M. Galliard a décrit au-dessous des glandes des cellules rondes, embryonnaires, qui se disposent entre la couche glandulaire et la musculeuse sous-muqueuse, en amas d'abord arrondis, puis ovalaires, puis pourvus de prolongements destinés à atteindre, à un moment donné, la surface de la muqueuse en forçant la barrière épithéliale. Ces cellules se transforment peu à peu en globules de pus et, devenues libres, laissent à leur place une cavité qui constitue d'abord une simple érosion, puis un véritable ulcère. Le travail destructif se propagera d'autant plus aisément que le suc gastrique rencontrera des tissus mal vascularisés, où l'inflammation des vaisseaux aura déterminé l'oblitération de leur lumière. Si, au contraire, après une destruction limitée, l'inflammation devient active, la cicatrisation peut s'effectuer et la guérison survenir, mais le tissu cicatriciel lui-même peut être secondairement attaqué et perforé.

L'excellente thèse de M. Galliard est accompagnée de neuf observations, dont une seule avait été antérieurement publiée.

A. Ch.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 15 *au* 20 *mai* 1882.

Poingt. Contribution à l'étude du traitement des fistules à l'anus. — Dumez. Des ruptures de l'intestin grêle par traumatisme. — Germaix Etude sur l'ergot du diss. — Billet. Du mal vertébral : Essai pathogénique. — Huc (E.). Essai sur les tumeurs du nerf optique. — Prunieras. Indications du traitement de la fistule à l'anus. — Bonnemaison. Des différents procédés chirurgicaux pour le traitement du strabisme monolaté-

ral excessif. — Dève. Etude sur la tuberculose des prisonniers. — Libault (Marcel). Du volvulus de l'S iliaque du côlon. — Trillat. Du cancer du pavillon de l'oreille. — Bonnamy. Contribution à l'étude de la séméiologie des écoulements uréthraux. — Aumaitre. Des pansements antiseptiques chez les anciens et chez les modernes.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour quatre places d'accoucheurs des hôpitaux.* — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Budin, Porak, Pinard et Ribemont.

Faculté de médecine de Paris. — Les professeurs de la Faculté dans l'assemblée du 25 mai, ont pris les délibérations suivantes :

A. Les limites des consignations pour les examens probatoires du quatrième trimestre de l'année scolaire 1881-1882 sont fixées comme suit :

1° Pour le troisième examen de doctorat jusqu'au 15 juin inclusivement ; 2° pour le quatrième examen de doctorat (ancien et nouveau mode) jusqu'au jeudi 29 mai inclusivement ; 3° pour le cinquième examen de doctorat (ancien et nouveau mode également) jusqu'au jeudi 6 juillet inclusivement ; 4° pour le troisième examen d'officiat et les sages-femmes, jusqu'au jeudi 6 juillet inclusivement ; 5° pour les thèses jusqu'au jeudi 20 juillet inclusivement.

B. Les élèves ajournés, après le 15 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

C. Passé le 20 juillet prochain, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

École de médecine de Poitiers. — M. Chedevergne, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, vacante par suite du décès de M. Guignard.

M. Poisson, suppléant d'anatomie et chef des travaux anatomiques, est chargé du cours d'anatomie, en remplacement de M. Chedevergne.

Bulletin de la mortalité *du 25 mai au 1er juin* 1882. — Fièvre typhoïde, 41. — Variole, 11. — Rougeole, 36. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 49. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales, 8. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 57. — Phthisie pulmonaire, 212. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 64.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 57.

Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 82. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 72 ; au sein et mixte, 28 ; inconnu, 3. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 109 ; l'appareil circulatoire, 62 ; l'appareil respiratoire, 65 ; l'appareil digestif, 39 ; l'appareil génito-urinaire, 23 ; la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulations et muscles, 6. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; fièvre infectieuse, 0 ; épuisement, 6 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 31. — Causes non classées, 4. — Nombres absolus de la semaine, 1.181.

Résultats de la semaine précédente : 1.326.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. Parent, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 66 JEUDI 8 JUIN 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE............ 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

ressser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
s ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
s Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 66. Jeudi 8 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

A propos d'un cas de croup suffocant chez l'adulte avec trachéotomie suivie de succès (*Suite et fin*) (1).

Par M. Frédéric Gendron,
Interne des hôpitaux.

(Communication à la Société clinique de Paris.)

En résumé nos recherches ont pleinement confirmé ces notions déjà énoncées par bien des auteurs : que la diphthérie des voies respiratoires est bien moins commune chez l'adulte que chez l'enfant ; qu'on peut la voir s'y localiser d'emblée ; que, quand elle les atteint, elle y est le plus souvent généralisée et que c'est surtout par la localisation bronchique qu'elle est alors grave. Mais nous voulons bien insister sur ce fait que *dans quelques cas les accidents laryngés peuvent dominer la scène, et devenir à eux seuls la cause de la mort par la strangulation.*

Nous croyons que la lecture de notre observation ne peut laisser aucun doute à cet égard, et parmi les 10 cas environ que nous avons réunis et dont nous avons précédemment donné le résumé sommaire, il y en a plusieurs, tels que ceux empruntés à Bretonneau, à Trousseau, à Codet, à Avezou, à Guéneau de Mussy, au sujet desquels on ne saurait élever aucune contestation. Là sans nul doute il s'agissait d'asphyxie laryngée, et pour quelques-uns d'entre eux, quand l'autopsie n'est pas venu le démontrer, ce sont les résultats de la trachéotomie qui se sont chargés d'en fournir la preuve.

Malheureusement nous devons reconnaître que le clinicien pourra se heurter à la solution d'une grosse difficulté : entre un croup laryngé suffocant et le croup léger compliqué de bronchite diphthérique suffocante, comment faire une distinction ? C'est une question de diagnostic d'une grande importance pratique, mais bien difficile à trancher. On la trouvera soigneusement discutée dans les auteurs. Barth, pour reconnaître l'asphyxie laryngée, accorde une grande valeur à l'absence du bruit respiratoire vésiculaire. Pour nous, ce qui nous a guidé auprès de notre malade, c'est la marche des accidents évoluant de la même manière que chez les enfants que nous observons chaque jour, l'altération de la voix à laquelle est venu se joindre le sifflement laryngien, puis l'apparition d'accès violents de plus en plus rapprochés caractérisés par tous les signes du tirage, se calmant sans que l'expulsion de quelque membrane volumineuse montrât qu'ils étaient liés à une disparition momentanée des produits

(1) V. *France méd.*, n° 62, 63 et 64, p. 733, 746 et 761.

couenneux détachés des parois. Dans l'observation d'Avezou on a noté enfin qu'il y avait du « tirage comme chez l'enfant »; dans celle de Guéneau de Mussy le même phénomène a été très bien remarqué.

Un point que nous nous contenterons de relever au sujet du croup suffocant de l'adulte, c'est l'influence du sexe; sur les 11 cas que nous comptons, il s'est agi 7 fois de femmes, et si dans l'ensemble de ces onze cas il y en a qui nous paraissent quelque peu contestables, ce sont précisément ceux qui se rapportent à des hommes. Si nous voulions chercher la cause de cette prédilection pour le sexe féminin, nous ferions remarquer que cette affection, bien spéciale à l'enfance, atteint justement les larynx d'adultes qui anatomiquement et physiologiquement se rapprochent le plus de ceux du jeune âge. Le larynx chez la femme offre, comme on le sait, des dimensions moindres que chez l'homme; d'autre part on a accordé, dans la suffocation croupale, une grande part à l'élément spasmodique; Sanné en fait l'agent le plus actif de la constriction laryngienne; or il n'est pas douteux que chez la femme l'excitabilité est plus grande; le fait est admis pour expliquer la toux nerveuse, le spasme essentiel de la glotte; pourquoi ne serait-il pas également vrai dans le spasme croupal? Nous trouvons même dans l'observation de Guéneau de Mussy un détail qui est bien en accord avec cette manière de voir: la malade qui fut si rapidement prise du croup était entachée d'un état marqué d'hystéricisme et venait se faire soigner pour une aphonie nerveuse.

Nous abordons maintenant la discussion du second point relevé dans notre observation: l'*intervention opératoire et ses résultats*. Si nous nous sommes efforcé de montrer qu'il y avait dans le cas de notre malade un fait clinique peu ordinaire, c'est que pour nous cette circonstance a été la base de la décision chirurgicale et la raison du succès qui l'a justifiée.

Trousseau a pratiqué un certain nombre de trachéotomies sur l'adulte, mais aucune n'a été suivie de succès; le Dr Millard en 1858 émettait devant la Société anatomique cette opinion: que la trachéotomie est rarement applicable dans les cas de croup chez l'adulte, et disait qu'il n'en connaissait pas encore d'exemple authentique suivi de succès. Sanné, dans son *Traité de la diphthérie*, en donne un relevé de 13 cas pris tant à l'étranger qu'en France et il ne peut compter qu'un succès, celui de Legroux père, pour lequel il faudrait peut-être faire quelques réserves, à cause de l'élément érysipélateux. Récemment encore notre bienveillant maître le Dr Jules Simon nous disait n'avoir observé aucun exemple de succès. Erichsen dit cependant qu'après la trachéotomie dans les cas d'asphyxie diphthéritique « les chances de guérison sont considérables chez les adultes » (1)

(1) Erichsen. A system of surgery, tom II, p. 558, septième édition.

Mais aucune observation, aucune statistique ne sont produites à l'appui de cette assertion.

Nous croyons que de semblables autorités suffisent pour attester de la rareté des succès à la suite de la trachéotomie dans le croup d'adulte. Mais nous pensons devoir protester contre cette proposition : que l'opération est inutile.

De l'excessive rareté des succès on a conclu à l'impuissance. Nous allons démontrer tout ce qu'il y a d'illogique dans cette déduction et c'est là que va se révéler toute l'importance qu'il y a suivant nous à ne pas confondre ensemble tous les cas de diphthérie laryngo-bronchique chez l'adulte.

Trousseau dans sa Clinique explique que dans le croup la trachéotomie réussit moins bien chez les adultes que chez les enfants, pour cette raison que chez les premiers la disposition anatomique des parties laisse libre pendant plus longtemps le passage de l'air dans le poumon, de sorte que la diphthérie a le temps de gagner les bronches et leurs ramifications avant que l'on soit obligé de recourir à la trachéotomie. Il n'est pas douteux que cette extension, qui est ordinaire, compromet le succès ; mais ce qui à notre avis explique surtout la rareté du succès, c'est que dans le croup d'adulte la diphthérie envahit ordinairement l'arbre aérien sans produire une sténose marquée du larynx, c'est que les cas de croup laryngé suffocant sont presque exceptionnels. Or, il est certain qu'en dehors de ces cas, où ce n'est plus l'obstruction glottique qui asphyxie, mais l'oblitération bronchique avec ou sans accès de suffocation, la trachéotomie n'a plus rien à faire.

Comme nous l'avons dit ces derniers faits sont les plus communs et malheureusement quelquefois difficiles à distinguer des autres. Nous serions porté à croire que plus d'un insuccès peut être ainsi expliqué par une intervention pour des croups dans lesquels l'asphyxie et les accès de suffocation avaient leur cause dans les bronches ; il devait en être ainsi dans les cas ou la trachéotomie ne fut suivie d'aucun soulagement.

La rareté des succès est donc un argument qui n'a pas la valeur qu'on voudrait lui prêter ; cette rareté ne tient pas à l'impuissance de l'opération, mais au trop petit nombre des cas de croup d'adulte auxquels elle est applicable.

Outre la rareté des succès on a objecté contre la trachéotomie la coexistence de la bronchite pseudo-membraneuse. Nous reconnaissons que c'est là une coïncidence défavorable mais non une contre-indication. Le Pr Peter dans un mémoire (1) a établi la fréquence de la bronchite diphthérique associée au croup chez l'enfant et émis cette

(1) Gazette hebd. de médecine et de chirurgie, 1863.

opinion, qu'il y a là plutôt une indication qu'une contre-indication à la trachéotomie ; pourquoi n'en serait-il pas de même dans le croup laryngé suffocant de l'adulte, qui offre précisément cette particularité d'évoluer absolument comme le croup de l'enfant? Il n'est pas démontré d'ailleurs que la bronchite pseudo-membraneuse soit fatalement mortelle chez l'adulte, on en peut trouver des exemples de guérison; n'est-ce pas rétablir ces chances de guérison que de lever l'obstacle laryngien, s'il vient à se produire? L'observation de Codet nous paraît bien prouver que dans la diphthérie laryngo-bronchique la mort peut venir par asphyxie laryngée; chez la malade enlevée au milieu d'accès de suffocation, le larynx fut trouvé envahi par les fausses membranes et les bronches n'étaient prises que dans une petite étendue. Au surplus la meilleure réponse à l'objection est contenue dans l'observation de Guéneau de Mussy et dans la nôtre. Les deux malades étaient manifestement atteintes de bronchite diphthérique, puisqu'elles ont rendu des fausses membranes tubulées après l'opération ; dans les deux cas la bronchite eut même une certaine gravité car elle provoqua des troubles respiratoires assez prononcés.

En résumé, laissant de côté la question d'infection, nous croyons que la trachéotomie là où elle est réellement indiquée peut être salutaire ; *l'indication est le croup laryngé suffocant*, et nous nous sommes assez expliqué précédemment sur les cas qui appartiennent à cette forme ; la bronchite concomitante diminue les chances mais ne doit pas être prise pour une contre-indication. *Si les succès sont rares c'est que l'application est presque exceptionnelle.*

Nous avons pu relever 4 cas seulement de trachéotomie avec guérison dans le croup de l'adulte ; et encore celui de Bulliard est contestable, ni Millard ni Sanné ne l'ont compté comme succès : celui de Legroux mérite quelque réserve. Les cas de Guéneau de Mussy et le nôtre nous semblent offrir toutes les garanties d'authencité.

Notre malade aurait fatalement succombé si elle n'avait été opérée ; il suffit pour s'en convaincre de jeter les yeux sur son histoire et on verra quelle lutte il nous a fallu soutenir pour l'arracher aux atteintes de la diphthérie ; à peine a-t-elle échappé aux menaces de l'asphyxie laryngienne, de nouveaux dangers surviennent, la bronchite s'aggrave, l'engorgement ganglionnaire, la diphthérisation de la plaie, la prostration du sujet trahissent les progrès de l'infection. Ce n'est qu'au prix des soins les plus assidus, du régime tonique le plus opiniâtre que nous triomphons de ces nouveaux accidents. Et à ce propos, s'il fallait tirer un dernier enseignement de cette observation, nous ferions remarquer quelle part revient dans ces résultats à l'alimentation et à la médication fortifiante ; cette malade absorba jusqu'à un litre et demi de vin de Bagnols par jour, nous dûmes à un moment la forcer à avaler quelques aliments et si elle n'avait voulu s'y sou-

mettre nous aurions eu recours au gavage. Nous trouvons là un nouveau témoignage de l'importance du régime chez les diphthériques et à la suite de la trachéotomie ; c'est d'ailleurs une opinion que partageaient avec conviction tous nos excellents collègues à la fin de leur séjour à l'hôpital des Enfants-Malades.

Il nous a semblé que cette observation et un pareil résultat méritaient toute l'attention du public médical. Un fait semblable apprend qu'on ne doit pas fatalement désespérer de la vie d'un adulte lorsqu'il est atteint par le croup. A cette époque où la diphthérie multiplie chaque jour ses victimes, les cas peuvent en devenir plus communs; aussi avons-nous désiré donner à cette exemple toute la publicité possible.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 *juin* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend une lettre de M. Hardy, chef des travaux chimiques de l'Académie, candidat à la place de membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales; 2° une série de mémoires destinés à concourir pour les prix de l'Académie; 3° une lettre de MM. René Briau et Dureau, bibliothécaires de l'Académie, informant l'Académie qu'il existe aujourd'hui à la bibliothèque 107 000 volumes ou brochures.

REMÈDES SECRETS. — *M. Jungfleisch* lit, sur un certain nombre de demandes en autorisation d'exploiter des remèdes secrets, un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

EAUX MINÉRALES. — *M. Gautier* lit sur quelques demandes en exploitation d'eaux minérales un rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

PROJET DE RÉPONSE AU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE A PROPOS DU QUATRIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE qui doit se tenir à Genève. — *M. Bergeron* lit ce projet au nom de *M. Colin* empêché.

L'Académie ne peut que s'associer à une pareille œuvre ; la commission propose comme délégués au congrès de Genève MM. Fauvel, Proust et Collin. (Adopté.)

PRIX PORTAL. — *M. Bernutz* lit un rapport sur le seul mémoire envoyé pour le prix Portal. Ce mémoire est dû à M. le Dr Doléris qui, s'inspirant des travaux de M. Pasteur, pense que la fièvre puerpérale est de nature parasitaire.

M. Jules Guérin. L'Académie vient d'entendre un rapport très étudié et très savant de M. Bernutz sur le mémoire envoyé pour le prix Portal. M. Jules Guérin ne croit pas que l'Académie soit suffi-

samment édifiée sur le travail lui-même par le rapport. Il demande donc la parole sur ce rapport.

M. Bernutz. Le titre de la question était : l'Etat de l'utérus et de ses annexes dans la fièvre puerpérale. L'auteur a traité cette question dans la troisième partie de son travail, mais dans les deux parties précédentes il a dû, pour rendre son sujet plus clair, refaire l'histoire de la fièvre puerpérale tout entière. L'Académie ne peut pas recommencer les grandes discussions qu'elle a eues en 1855 et 1858 sur cette question.

M. J. Guérin se plaint que l'auteur n'ait pas parlé d'une classe très importante de fièvres puerpérales sans lésion.

M. Bernutz répond que ces faits n'existent sans doute plus depuis la généralisation des recherches histologiques et que ces dernières permettent toujours de trouver quelque chose.

A cinq heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Bernutz.

VARIÉTÉS

Philosophie ethnographique.

COMME QUOI L'HOMME NE DESCEND PAS DU SINGE, MAIS DE L'OISEAU.

> « Personne, en Europe du moins, n'ose plus soutenir la création indépendante et de toutes pièces des espèces. »
> (C. VOGT. *Disc. à l'Institut national génevois*, 1869).

On a dit et on a écrit, avec un luxe apparent de preuves, que l'homme tire son origine du singe. Pour des raisons particulières, nous avons jusqu'ici gardé le silence sur cette question, qui a tant flatté l'amour-propre simien.

Qu'il nous soit permis, tout en respectant des idées que nous ne partageons pas, — et pour cause, — d'émettre notre opinion dans ce grand débat scientifico-philosophique, et de donner à l'homme une origine plus élevée, plus céleste.

I.

L'oiseau est le prototype de l'homme.

Les preuves anatomiques et physiologiques abondent, et c'est l'étude de l'œuf de l'oiseau qui nous a fait connaître l'œuf humain et notre première origine : *Omne vivum ex ovo.*

La constitution de l'oiseau est plus parfaite que celle de l'homme : car l'homme est aujourd'hui organisé pour la vie terrestre seulement.

tandis que l'oiseau peut vivre dans ce que les anciens appelaient les quatre éléments, — l'air, la terre l'eau et le feu.

Au point de vue pathologique, les maladies de l'oiseau sont bien moins nombreuses que celles de l'homme, ce qui prouve la supériorité de son origine et de sa constitution : quant à la longévité, si nous exceptons Mathusalem et les patriarches, nul homme ne possède la longévité de certains oiseaux.

L'oiseau chante, parle, vole, marche, nage, ce que ne peut faire qu'en partie du moins le singe ou l'homme.

L'oiseau chante naturellement : l'homme ne chante que par la culture et par l'étude.

L'oiseau parle ; il a sa langue à lui ; elle est universelle. La langue de l'homme varie selon les pays, selon les nationalités. Le perroquet, la pie, imitent notre langage beaucoup mieux que nous n'imitons celui des oiseaux.

L'oiseau vole ; l'air est son élément. L'homme a essayé quelquefois de voler. Dédale et Icare ont appris à leurs dépens ce qu'il leur en a coûté.

L'homme nage par artifice : parmi les oiseaux, il en est qui constituent la classe des palmipèdes et dont la vie se passe autant et plus dans l'eau que sur la terre ou dans l'air.

Une race d'oiseaux, aujourd'hui disparue, pouvait vivre dans le feu. Dans la race humaine

.. cet heureux phénix est encore à trouver.

L'oiseau construit ses nids, les pare aussi bien que le feraient nos plus habiles architectes.

L'homme marche et court ; mais pourrait-il jamais égaler en vitesse certains oiseaux, tels que l'autruche ?

Ce sont les oiseaux qui nous ont appris le chant, la construction ; ils ont enseigné aux navigateurs à se guider sur les mers : quelques uns d'entre eux savent prévoir le mauvais temps ou le beau temps, mieux que nos plus savants astronomes. Ils ont l'instinct d'un Etre supérieur, — qui pour eux est le soleil, — dont ils saluent par leurs chants le lever et le coucher. C'est, on le sait, un privilège que ne possède aucune race animale.

L'oiseau a de commun avec l'homme l'amour de la patrie. Nous tairons les migrations si connues de certaines espèces ornithiques, pour ne rappeler que le patriotisme des oies qui ont sauvé Rome.

Si nous voulons chercher des arguments dans la philologie, nous trouvons que, par suite de la transmutation des espèces, beaucoup d'oiseaux nous ont laissé leurs noms, tels que : Pigeon, Chapon, Perdrix, Caille, Merle, Pierrot, Martinet, Rossignol, Lecoq, etc.

Les proverbes — qui sont la sagesse des nations — viennent en-

core à l'appui de notre thèse. D'un homme qui n'a que la mémoire des mots, on dit que c'est un perroquet. On dit : rapace comme un vautour, — vaniteux comme un paon, — laid comme un hibou, — chanter comme un rossignol, — s'aimer comme des tourtereaux, — avoir une tête de linotte, — être bête comme un dindon, etc.

La divinité elle-même, dans l'un de nos grands mystères, a pris la forme d'un oiseau.

Les anges seuls, que *terrèni non hebetant artus*, ont conservé des ailes.

On dit que les amours en possèdent aussi.

Ce sont les changements de mœurs, de vie, de climat, d'habitude, c'est le *grand combat pour la vie* qui ont amené peu à peu la modification des appendices pectoraux, et qui, des ailes de nos ancêtres, ont fait les bras de l'homme.

Il est un grand problème qui a divisé et préoccupé les savants des temps modernes. Y a-t-il unité ou pluralité des races humaines ! Les anthropologistes croient à l'unité : les Darwinistes croient à l'origine simienne. Comment les uns et les autres expliquent-ils la présence de l'homme dans le nouveau monde ? Cette explication trouve un argument sans réplique dans l'origine ornithique de l'homme.

C'est de nos ancêtres les oiseaux que nous avons conservé les exemples de fidélité conjugale, l'amour des voyages, l'amour de la patrie, le goût de l'architecture, l'invention des clystères, etc., etc.

Nous retrouvons dans la taxonomie ornithologique de Cuvier les caractères bien tranchés de notre espèce humaine, caractères qui se sont conservés avec leurs traits distinctifs.

Nous pourrions retrouver ces caractères dans toutes les classes de l'humanité. Pour ne pas nous égarer dans des considérations trop générales, prenons, par exemple, le monde médical, et il nous sera facile d'y retrouver des représentants de nos ancêtres les oiseaux, sans avoir besoin de recourir aux élucubrations hypothétiques de Pythagore sur la métempsycose, ou d'Allan Kardec sur le spiritisme, toutes deux relatives à la transmigration des âmes.

II.

Cuvier divisait les oiseaux en six ordres : les *Rapaces*, les *Passereaux*, les *Grimpeurs*, les *Gallinacés*, les *Echassiers*, les *Palmipèdes*. Nous retrouvons cette classification dans le monde médical.

Les *Rapaces*, qui sont divisés en *diurnes* et en *nocturnes*, constituent une classe nombreuse. Ce sont des oiseaux puissants et magnifiques, parmi lesquels l'aigle tient le premier rang. Ils planent par la vigueur de leurs ailes dans les régions les plus élevées. Ils sont doués d'une grande force de volonté, d'une grande activité. Ils habitent dans tous les pays populeux, dans l'ancien monde comme dans

le nouveau, la ville plus que la campagne ; ils travaillent le jour et la nuit. Chez quelques-uns, la force musculaire est considérable ; chez d'autres le système nerveux prédomine. Il en est qui sont très friands, se nourrissent de vertébrés à sang chaud. Les goûts spéciaux de quelques espèces leur font rechercher plus particulièrement tel ou tel aliment d'épargne, tels que les yeux, les oreilles, la peau, les parties génitales, etc. Ils habitent généralement un beau nid, et aiment à parer leur plumage de petites faveurs de soie rouge, bleue, verte, jaune, etc., etc.

Les *Passereaux* constituent la majorité des oiseaux : c'est l'ordre le plus nombreux. La taille est différente ainsi que le plumage, qui varie du noir au jaune clair. Ils ont les mœurs douces ; quelques-uns cependant sont batailleurs. On les subdivise en plusieurs groupes. Ils sont remuants, s'apprivoisent facilement. Presque tous sont monogames, la plupart d'une grande fidélité conjugale, quoique très érotiques. Les uns sont criards, les autres chanteurs. En général, ils sont assez friands : quelques-uns se nourrissent de chair, qu'ils déchirent avec assez de voracité. C'est dans cet ordre que sont classés les *diarii*, qui sont les chanteurs journaliers du monde ornithique. En vieillissant ils perdent de leur voracité ; leurs plumes tombent ou changent de couleur ; leur bec est moins aigu. Ils ne sont pas difficiles à mettre en cage. D'autres se nourrissent plus spécialement de petits vers ou d'insectes, qu'ils trouvent entre les feuillets des vieux livres : ils ont la vue courte, le plumage négligé, l'estomac médiocre, vivent de peu et avec peu : leurs mœurs sont en général assez douces ; quelques-uns cependant, produits hybrides de la linotte ou du moineau, ayant la légèreté de l'un et la salacité de l'autre, vont becquetant à tort et à travers. Ils sont en général médiocrement productifs : c'est une variété peu nombreuse et qui tend à disparaître. C'est parmi cette variété qu'on rencontre la petite tribu des *bibliophylaces*.

Les *Grimpeurs* ont le bec robuste. Cet ordre comprend des oiseaux très divers, rangés un peu artificiellement. Ils sont monogames et s'unissent volontiers avec les femelles des autres ordres. Ils ne volent pas bien, mais grimpent facilement, et ils peuvent par ce moyen s'élever à des hauteurs prodigieuses. Ils apprennent à parler, à réciter de longues tirades avec une merveilleuse facilité.

Les *Gallinacés* sont répandus sur presque toute la surface du globe ; ils vivent sur le sol, dans les plaines riches en herbages. Ils sont bons coureurs, braves, hardis ; ils aiment à entendre la musique guerrière, suivent volontiers les soldats. Il est une variété qui ne dédaigne pas le changement de pays ; elle a la crête rouge frangée d'or, le plumage brillant, bleu, rouge et or ; elle est moins reproductive que l'ordre précédent. Son plus beau représentant est le *Iatros*

cristatus militaris. Elle a beaucoup d'analogie avec une autre va- riété plus voyageuse, que les naturalistes ont désignée sous les no... de *Iatros cristatus aquaticus*, dont le plumage est bleu et or ..., crête bleue, bordée d'or et de grenat.

Les *Echassiers* ont le cou long et grêle, le bec allongé, les jamb... grandes et maigres : ils sont taillés pour la course, sont assez v... races, aiment le gras et le maigre, la chair et les légumes. Ils son... monogames et souvent très productifs : ils se construisent des nid... grossiers. Cet ordre comprend d'assez nombreuses variétés. On y trouve la cigogne (*Ciconia doctissima*) qui a inventé les clystèr... Beaucoup d'échassiers habitent la campagne, font de longues course... en s'appuyant quelquefois sur un bâton, comme certaines espèce... simiennes.

Les *Palmipèdes* sont des oiseaux aquatiques qui vivent dans l'eau, sur l'eau et par l'eau. Ils sont en général monogames, aiment pe... leurs semblables qui habitent leurs parages, mais ils sont affables et hospitaliers pour les autres oiseaux. Ils ont le plumage luisant, soi- gné, la voix belle, l'estomac bon ; les uns sont gros, les autres son... maigres : beaucoup se reconnaissent à une petite faveur rouge o... multicolore qui agrémente leur plumage. Il y a de nombreuses va- riétés, parmi lesquelles on distingue les *urinatores*, les *gastro- philes*, les *bronchophiles*, les *dermatophiles*, les *névrophiles*, etc. Il faut une grande habitude pour distinguer à première vue ces diffé- rentes variétés, qui constituent une des grandes classes et, après les rapaces, une des plus brillantes de l'ordre des oiseaux.

Nous ne pousserons pas plus loin cette étude ; mais en résuma... les pages qui précèdent, on voit que nous avons laissé de côté to... idée métaphysique et que c'est dans les sciences exactes que no... avons cherché tous les arguments en faveur de la thèse que no... soutenons. L'anatomie, la physiologie, la philologie, la géograp... l'histoire naturelle sont des témoins dont les dépositions sont irré... tables. Nous avons établi l'ancienneté et la supériorité de l'oiseau... nous croyons avoir prouvé scientifiquement l'origine ornithique d... l'homme. C. Q. F. D.

Dr Ornithophilos.

Pour copie conforme :

A. Corlieu.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. *Concours pour trois places de chirurgien du bu- reau central.* — La première série des épreuves s'est terminée lundi ... Sont admissibles : MM. Duret, Jalaguier, Reynier, Bazy, Prengrueb... Petit, Henriet, Segond, Quenu et Jullien.

La composition écrite a eu lieu hier matin, mardi, sur le sujet suivant : *Synoviales de la main; plaies artérielles de la main*

Faculté de médecine de Paris. — Les concours ouverts en 1881 pour les prix Châteauvillard, Montyon et Corvisart viennent de se terminer par les résultats suivants, votés par l'assemblée des professeurs dans sa séance du 25 de ce mois :

A. *Prix Chateauvillard.* — Membres du jury : MM. les professeurs Regnauld, Sappey, Laboulbène, Trélat et Hayem. Un prix d'une valeur de 1 500 francs est décerné à M. le Dr Dujardin-Beaumetz pour ses *Leçons de clinique thérapeutique.* Une récompense de 500 francs est attribuée à titre d'encouragement à M. le Dr Doléris pour son travail sur *la Fièvre puerpérale et les organismes inférieurs.*

B. *Prix Montyon.* — Membres du jury : MM. les professeurs Bouchardat, Parrot, Jaccoud et Laboulbène. Le prix n'est pas décerné, mais sont accordées à titre d'encouragement : 1° Une somme de 400 francs à M. le Dr Caradec (de Brest), auteur d'un mémoire ayant pour titre : *Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde*; 2° une somme de 300 francs à M. le Dr Liégeois, de Bainvilles-aux-Saules (Vosges), auteur d'un travail intitulé : *Histoire d'une épidémie de rougeole qui a sévi pendant les mois d'octobre, novembre et décembre* 1880.

C. *Prix Corvisart.* — Membres du jury : MM. les professeurs Germain Sée, Lasègue, Hardy, Potain et Ball. Le prix a été accordé à M. Rabion (Martial), auteur du mémoire intitulé : *Des pleurésies.*

La Faculté a décidé de donner comme sujet de prix, pour cette année, la question suivante : *Description de l'ataxie locomotrice progressive.* Les mémoires seront reçus jusqu'au 1er décembre 1882. — Pour tous les renseignements s'adresser au secrétariat.

Ministre de la guerre. — *Corps de santé militaire.* — L'inspection médicale comprendra sept arrondissements composés et répandus ainsi qu'il suit :

Premier arrondissement: M. Legouest, médecin inspecteur général, président du conseil de santé des armées (gouvernements de Paris et de Lyon). — *Deuxième arrondissement :* M. Baiseau, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées (4e, 6e, 10e et 11e corps d'armée). — *Troisième arrondissement :* M. Perrin, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées (5e, 9e, 12e et 13e corps d'armée). — *Quatrième arrondissement :* M. Champenois, médecin inspecteur, disponible (1er, 2e, 3e et 18e corps d'armée). — *Cinquième arrondissement* : M. Colin, médecin inspecteur, disponible (7e, 8e, 16e et 17e corps d'armée). — *Sixième arrondissement :* M. Daga, médecin inspecteur, disponible (14e, 15e corps d'armée, et division d'Oran). — *Septième arrondissement* : M. Baudoin, médecin inspecteur, disponible (division d'Alger, de Constantine et corps d'occupation en Tunisie).

L'inspection pharmaceutique sera faite aux hôpitaux des divisions d'Alger, d'Oran, de Constantine, et aux hôpitaux et ambulances du corps d'occupation en Tunisie, par M. Coulier, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

— Par décret en date du 16 mai 1882, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Mathieu et Spillmann ;

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Debaussaux, Pernot et Lévy ;

Au grade de médecin-major de 1re classe . MM. Nicol, Charton, Blaise, Talloir, Boncour, Scovazzo et Buez ;

Au grade de pharmacien principal de 1re classe : M. Marty ;

Au grade de pharmacien principal de 2e classe : M. Warnier;

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Balland.

SOCIÉTÉ CONTRE L'ABUS DU TABAC. — *Prix.* — Parmi les questions que la Société contre l'abus du tabac met au concours pour 1882, voici celle qui intéresse plus particulièrement nos lecteurs :

« Prix de médecine, fondé par le Dr A. Bertherand. — Existe-t-il des « signes caractéristiques, sensibles ou rationnels, suffisants pour qu'on « puisse admettre une amblyopie déterminée par l'abus du tabac, seul « ou associé à d'autres causes ? Dans l'affirmative, produire des faits « bien observés à l'appui. — Le prix consiste en livres d'une valeur de « 200 francs environ et une médaille de vermeil. Le fondateur s'engage, « en outre, à publier gratuitement, dans la *Gazette médicale de l'Algérie*, « le mémoire couronné. »

Le programme détaillé du concours sera adressé gratuitement aux personnes qui en feront la demande au siège de la Société, rue Jacob, 38, à Paris.

HONNEURS RENDUS A DES MÉDECINS. — La ville de Bône a décidé que la rue de la Marine prendrait le nom de rue MAILLOT, en souvenir des services rendus par notre illustre confrère, le Dr Maillot, ancien président du conseil de santé des armées.

La même ville a voulu conserver le souvenir d'un praticien dévoué et désintéressé en donnant le nom du Dr MOREAU à la rue de l'Artillerie.

Le Conseil général de la province d'Oran vient de donner au village d'Aïn-Zolba, situé à quelques lieues d'Oran, le nom de GUIARD, pour honorer la mémoire du Dr Robert Guiard, membre de la mission Flatters, massacré par les Touaregs.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. STROHL, pharmacien de 1re classe, décédé à Alger, le 23 avril, à la suite d'une courte maladie.

Né à Bouxviller (Bas-Rhin), le 9 mai 1827, Georges-Emile Strohl, était reçu pharmacien en 1854 et entrait l'année suivante au Val-de-Grâce en qualité de pharmacien stagiaire. Il fut promu pharmacien-major au retour de l'expédition de Chine, et pharmacien principal en 1879. Il avait été nommé, quelques mois avant sa mort, pharmacien en chef d'Alger.

Strohl était docteur ès sciences physiques et professeur agrégé de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg. On lui doit des traductions fort estimées d'ouvrages allemands, notamment l'*Instruction sur la recherche des poisons* de J. Otto, qui a eu plusieurs éditions.

(*Union pharmaceutique.*)

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

DICTIONNAIRE
DE
MÉDECINE POPULAIRE
ILLUSTRÉ

Par le Dr Félix BRÉMOND

Rédacteur en chef du Journal *la Médecine populaire*

On souscrit à la librairie JEANMAIRE, rue des Bons-Enfants, 32.

La cinquième livraison est en vente.

RÉGIE DES JOURNAUX DE MÉDECINE
PARIS, DEPARTEMENTS ET ÉTRANGER

BUREAUX ET ADMINISTRATION : 6, rue Gît-le-Cœur, PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. PARENT, A. DAVY, Successeur

31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

NGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 67 SAMEDI 10 JUIN 1882

LA

RANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 67. Samedi 10 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — SERVICE DE M. D'HEILLY.

Syphilis cérébrale. Guérison.

Par M. A. CHANTEMESSE,
interne des hôpitaux.

Marie Fres... est apportée le 16 octobre 1881 dans le service de M. d'Heilly à l'hôpital Saint-Antoine.

Cette femme, âgée d'une cinquantaine d'années, est plongée dans un état d'idiotie à peu près complet; elle est gâteuse et il est impossible de tirer d'elle autre chose que des sanglots et des grognements inintelligibles; facies hébété, décubitus dorsal, pas de paralysie, si ce n'est une légère hémiplégie faciale droite incomplète; les membres exécutent divers mouvements, l'avant-bras gauche est fléchi le plus souvent et la main du même côté tenue dans la droite avec une sorte d'obstination.

Le corps ne porte aucune trace de cicatrice; pas de pléiade ganglionnaire dans l'aine; dés signes plus importants sont fournis par l'examen de la tête. Outre l'hémiplégie faciale signalée plus haut, on connaît sur la partie antérieure et supérieure du crâne du côté droit la présence d'une large cicatrice blanche rayonnée s'étendant en arrière sur une longueur de 8 centimètres et large de 4 ou 5; la surface cutanée est mince à ce niveau, elle est intimement unie aux os sous-jacents qui sont le siège d'une légère tuméfaction. La chevelure est courte et très clair semée.

La présence de la cicatrice rayonnée fait penser à l'existence possible d'une syphilis cérébrale et le traitement spécifique, frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain et potion avec 3 grammes d'iodure de potassium, est institué le 20 octobre.

Quatre jours après, l'amélioration est considérable. Une interrogation brusque amène aussitôt une explosion de sanglots, mais en répétant les questions avec douceur on parvient à tirer de la malade des renseignements assez nets; elle a recouvré une partie de son intelligence; elle exécute facilement tous les mouvements qu'on lui commande et se plaint spontanément de grandes douleurs dans la tempe et la région massétérine gauche, ainsi que de fourmillements très pénibles dans la main du même côté. La sensibilité à ce niveau est affaiblie, mais il est difficile de noter exactement le degré d'anesthésie.

Le 25 octobre, l'amélioration continue. — 5 grammes d'iodure de potassium et frictions avec 8 grammes d'onguent napolitain.

Le 26, six jours après le début du traitement, la douleur de la tempe a disparu; il ne reste que des phénomènes douloureux qui surviennent par accès vers le sommet de la tête et que la malade compare à des coups de marteaux. L'intelligence est revenue presque complète et nous pouvons obtenir sur l'état présent et passé de la malade de plus amples renseignements : elle n'a gardé aucun souvenir des premiers jours qu'elle a passés à l'hôpital, ni de la dernière semaine qui a précédé son entrée. Depuis quatre mois, elle éprouvait de violents maux de tête, un jour elle fut prise d'une hallucination qui se termina par des convulsions et perte de connaissance; à partir de ce moment, son intelligence et sa mémoire faiblirent beaucoup; tout travail régulier devint impossible, bien qu'il n'existât aucun symptôme de paralysie; peu à peu l'affaiblissement cérébral augmenta jusqu'à nécessiter son transport à l'hôpital.

Le 26 octobre, nous pouvons constater l'état suivant : La motilité est intacte ; pas d'atrophie musculaire; les sensibilités spéciales des yeux, des oreilles, du goût et de l'odorat sont respectées. La sensibilité au toucher, à la douleur, à la pression, à la température est conservée partout, excepté dans le membre supérieur gauche: la piqûre d'épingle est à peine sentie au bras, à l'avant-bras et surtout à la main; la malade n'accuse après un retard de trois ou quatre secondes qu'une légère sensation de picotement; le sens *musculaire* est également aboli : les yeux fermés, elle ne sent pas dans sa main la présence d'un objet qu'elle serre énergiquement.

27 octobre. Le traitement est porté à 8 grammes d'onguent napolitain en frictions et 5 grammes d'iodure de potassium.

Le 31, la sensibilité est revenue complète dans le membre supérieur gauche; la malade dort plusieurs heures dans la journée, ce qui ne lui était pas encore arrivé depuis son entrée à l'hôpital. Elle ne se plaint que d'un léger mal de tête. Un peu de gingivite; les frictions sont supprimées.

1er novembre. Les fourmillements sont revenus aujourd'hui dans l'avant-bras et la main gauche.

Le 6, les frictions sont reprises avec 4 grammes d'onguent napolitain. La potion avec 4 grammes d'iodure de potassium est continuée.

Le 7, les fourmillements dans la main et l'avant-bras gauches persistent. Cette nuit, elle s'est levée, elle a pu traverser une partie de la salle, puis elle a été prise tout à coup de vertiges et de bourdonnements d'oreille : elle est tombée et a perdu connaissance : au bout d'un moment elle a pu se relever et venir se reconcher toute seule; les vertiges ont persisté encore pendant une heure. — Iodure de potassium, 6 grammes.

Le 13, les fourmillements ont diminué d'intensité. L'état général est très bon.

Le 25, le traitement a été continué jusqu'à ce jour. La malade demande à quitter l'hôpital; elle a retrouvé toute sa santé et sa vigueur et n'a conservé de ses troubles cérébraux qu'une diminution générale de l'intelligence, qui lui donne le caractère un peu enfantin.-Sa sensibilité est intacte sur tout le corps, excepté au niveau de la cicatrice frontale où la piqûre d'épingle reste inaperçue.

De cette observation, deux points nous paraissent intéressants à signaler, bien qu'ils relatent des faits observés déjà et qui rentrent à peu près dans la règle commune : c'est l'altération profonde de la sensibilité du bras gauche, alors que la motilité paraissait respectée, et l'efficacité vraiment merveilleuse du traitement qui a arrêté à deux reprises la marche de la maladie et conduit à une guérison relativement rapide.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PAUL BERGER.

Gangrène du pied par embolie.

M. le Dr Berger soigne en ce moment à la Charité une femme, Marie G..., cuisinière, atteinte de gangrène du pied droit, présentant les caractères de la gangrène humide, limitée au niveau des malléoles par un sillon profond. L'état général de la malade, assez bon lors de son entrée à l'hôpital, le 11 février 1882, s'est aggravé depuis lors. Cette femme, âgée de 38 ans, est accouchée il y a un mois. Deux jours avant son accouchement, elle a ressenti pendant la nuit une douleur vive dans le gros orteil; le matin l'orteil présentait une coloration bleuâtre, qui gagna tout le pied et devint peu à peu brune de bleuâtre qu'elle était au début, la douleur qui existe pendant le jour s'exaspère pendant la nuit; le pied est froid et insensible; pas de traumatisme dans les commémoratifs; l'enfant, né vivant, mourut de convulsions au bout d'une semaine.

En raison de l'absence de causes, devait-on penser à une gangrène puerpérale? Non, car les gangrènes puerpérales surviennent après l'accouchement et sont limitées à la zone génitale.

Cette femme a eu quatre couches : la première se passa bien après une grossesse heureuse, mais la malade a été atteinte, à la suite, d'un érysipèle de la face; la deuxième a été suivie d'un peu de phlébite et d'œdème de la jambe droite; la troisième s'est bien passée et n'a été suivie d'aucun accident. Pendant la quatrième grossesse, la malade a eu de l'œdème de la jambe droite; elle a éprouvé de grandes fatigues en soignant un enfant malade; pendant cette grossesse, d'après le médecin qui la soignait, la tête de l'enfant reposait à droite; doit-on attribuer à une compression exercée par la tête ainsi placée les accidents que présente la malade? Cela n'est guère admis-

sible, car le fœtus est bien mobile pour comprimer ainsi les vaisseaux et déterminer une gangrène.

La malade présente un peu de sucre dans l'urine, mais il y a plutôt là glycosurie que diabète véritable, la femme n'offrant aucun des autres symptômes du diabète. La gangrène est ici très nettement limitée. En continuant l'interrogatoire de la malade, on apprend que pendant le dernier mois de sa grossesse, dix ou douze jours avant son accouchement, elle a éprouvé de la dyspnée, de l'anxiété précordiale, des palpitations pendant cinq ou six jours et elle a dû garder le lit ; elle a eu probablement alors de l'endocardite et une embolie consécutive ; à l'auscultation du cœur, on entend un bruit râpeux au premier temps et à la pointe indiquant une lésion mitrale prononcée. Cette gangrène est donc probablement une gangrène par embolie ; elle est humide comme c'est la règle dans ces cas ; il est peu probable qu'il y ait eu thrombose.

Depuis l'entrée de cette femme à l'hôpital, les parties malades sont atones, anesthésiées ; on trouve une crépitation emphysémateuse. Il n'est pas possible de penser à une intervention active. M. Berger a fait seulement quelques incisions allant jusqu'au périoste pour donner issue au pus et aux gaz, incisions prolongées jusqu'au ligament interosseux et faites avec le thermo-cautère, puis il a fait envelopper le pied d'un pansement phéniqué ; l'eschare plus sèche se momifie ; il n'y a pas de réaction inflammatoire, pas de douleur, mais un affaiblissement général, du muguet, de la fièvre hectique et menace d'embolie pulmonaire : en un mot la situation est défavorable. L'élimination de l'eschare faite, peut être pourra-t-on penser à faire l'amputation des os ?

L'état général a empiré peu à peu et la malade a succombé le 2 mars.

A l'autopsie, on ne trouve pas de lésions dans le foie, la rate, les reins, la vessie, l'utérus, les ovaires et le tube digestif.

Au cœur, on observe un épaississement léger de la valvule mitrale.

Au sommet du poumon droit, pneumonie gangréneuse consécutive et due probablement à une embolie.

Lésions des vaisseaux : altération de la fémorale au-dessus de sa bifurcation ; le caillot envahit ses deux branches de division, se prolonge dans la poplitée et se divise comme cette artère ; les artères tibiales antérieure et postérieure et la péronière sont transformées en cordons durs et pleins ; dans les veines correspondantes on trouve des coagulations secondaires.

Au microscope, l'aorte est saine ; la poplitée présente ses tuniques externe et moyenne saines, sa tunique interne est épaissie et envahie par des éléments cellulaires nouveaux. Au niveau du caillot, desqua-

mation complète, endartérite végétante, le caillot est en partie organisé. Les pièces ont été présentées à la Société anatomique : l'origine embolique de la gangrène n'a paru douteuse à personne, mais l'origine de l'embolie elle-même reste forte obscure.

REVUE DE LA PRESSE

Hémoglobinurie paroxystique. — Dans une communication faite à l'Académie de médecine le 15 mars 1881, *M. Mesnet*, rapportant l'observation d'un de ses malades, a attiré l'attention des médecins français sur une affection curieuse, l'hémoglobinurie paroxystique, qu'il propose d'appeler hémoglobinurie *a frigore*. Depuis cette époque, *M. du Cazal* a rapporté devant la Société médicale des hôpitaux un fait semblable (V. *France médicale*, 1881, t. II, p. 837), et nous trouvons dans les journaux étrangers quelques observations nouvelles dont voici le résumé :

Le Dr *Strubing*, de Greiswald, rapporte (*Deutsche med. Woch.*; n° 1, 1882) le cas d'un homme de 29 ans, chez lequel le premier symptôme de l'affection fut une coloration grisâtre de la face. Les attaques, pendant lesquelles il rendait une urine noirâtre, avaient toujours lieu le matin et généralement après un exercice musculaire violent. Après les attaques, il lui restait des douleurs dans la rate, qui était augmentée de volume, et dans le foie, de la dyspnée, des palpitations, des mouches volantes, des tintements d'oreilles, des vertiges et de l'accablement.

Il n'y avait aucune sensation de froid ou de chaleur ; il ne semblait pas non plus que le froid fût la cause de ces attaques. Le sang, examiné après les crises, était à peu près normal, il contenait seulement quelques corpuscules petits, pâles et déformés. L'urine rendue pendant les crises contenait une couche abondante de sédiments, des cylindres finement granuleux et hyalins, ces derniers adhérents à quelques cellules de l'épithélium rénal ; il contenait également quelques cellules d'épithélium jaunâtre, provenant du rein et de la vessie, des cristaux d'acide urique et d'oxalate de chaux, des cristaux en aiguille d'hématoïdine et des masses d'un rouge jaunâtre formées également d'hématoïdine. Après les paroxysmes, l'urine contenait de l'albumine et donnait les caractères spectroscopiques de la methémoglobine ; elle contenait également un excès d'acides biliaires.

Pendant les crises, le malade était très abattu, il y avait peu de matières azotées dans les urines excrétées ; l'acide phosphorique de même s'y trouvait en quantité moindre qu'à l'état normal.

Le Dr *R. Fleischer* a publié dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 47, 1881, un cas d'hémoglobinurie paroxystique dans lequel

les crises n'avaient aucun rapport avec le froid, mais survenaient invariablement après la marche, alors que tout autre exercice, même violent, étant impuissant à les produire. Il y avait peu de symptômes généraux, on ne trouvait aucune modification dans le pouls, la température, ni dans aucun des organes splanchniques.

Le Dr *F. Gordon Murrill* (*Boston med. and surg. Journ.*, n° 5, 1882) a vu un cas d'hémoglobinurie paroxystique chez un homme qui avait contracté des fièvres intermittentes en Californie.

Pendant les crises les urines avaient une densité de 1025, elles étaient faiblement acides, albumineuses, déposaient une matière granuleuse amorphe, contenant quelques cylindres granuleux, mais sans globules sanguins et sans oxalates.

Gordon Murrill rapporte que Murri a guéri deux cas de ce genre par un traitement antisyphilitique. Dans le cas ci-dessus le traitement a consisté en fer et en quinine. A. Ch.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 juin 1882. — *Présidence de* M. Labbé.

Injections d'iodoforme dans les fongosités articulaires, par *M. Marc Sée*. — L'iodoforme a été employé surtout à l'étranger dans le traitement des fongosités d'origine tuberculeuse, *soit en applications locales*, soit en injections. Ce mode de traitement a donné de bons résultats entre les mains de plusieurs chirurgiens, et particulièrement de Mossetig, de Vienne. M. Sée l'a employé avec succès dans le traitement d'une double arthrite fongueuse des genoux chez une jeune fille qu'il a déjà présentée à la Société de chirurgie. Chez cette malade il existait des fongosités luxuriantes du genou gauche, pas de liquide dans l'articulation et pas de fistule. On fit une injection intra-articulaire avec 1 gr. environ de solution éthérée d'iodoforme. La réaction fut assez vive, mais au bout de quinze jours l'amélioration était très manifeste. Encouragé par ce succès, M. Sée employa le même moyen à droite. Pendant longtemps on continua compression, et aujourd'hui, deux mois après l'injection, l'amélioration est manifeste, les genoux ont beaucoup diminué de volume, la marche est redevenue possible.

M. Després. Les faits d'injections iodées dans les articulations sont assez nombreux et ont été bien étudiés par M. Boinet. Pour ma part dans deux cas, j'ai obtenu une amélioration évidente.

Mais le mode de traitement par l'iodoforme est nouveau. J'ai vu la malade de M. Sée et j'ai pu constater une amélioration très sensible, mais pas une guérison complète. Ne vaudrait-il pas mieux chercher à obtenir dans ce cas l'ankylose dans une bonne position ?

M. Verneuil. Dans la communication de M. Sée il existe un point d'anatomie pathologique très important. S'agissait-il en effet réellement de fongosités articulaires tuberculeuses ?

Au point de vue anatomo-pathologique, il existe trois variétés de fongosités.

1° Les fongosités dépendant directement du rhumatisme chronique;

2° Les fongosités symptomatiques de lésions osseuses ;

3° Enfin les follicules tuberculeux des synoviales.

Cette division est importante, car lorsqu'il s'agit de follicules tuberculeux, il faut agir radicalement ; la résection étant presque toujours suivie de récidive, il faut en arriver à l'amputation.

Les moyens ordinaires de compression, de cautérisations, d'injections iodées ou d'autres, réussissent au contraire dans les cas de synovites rhumatismales fongueuses.

Quant aux fongosités dépendant d'altérations osseuses, d'ostéite épiphysaire ou de nécrose, la résection réussit très bien, et il est même inutile de faire l'extirpation complète de la synoviale, ce qui est souvent très difficile.

Comme on le voit, la thérapeutique est toute différente suivant les cas. Ce n'est pas à dire pour cela que le diagnostic différentiel soit facile dans tous les cas, mais il présente une réelle importance.

M. Lannelongue, au point de vue de l'histologie pathologique, n'admet que deux variétés.

1° Les fongosités tuberculeuses ayant pour caractéristique absolue la présence de nodules tuberculeux, et 2° la fongosité inflammatoire qui a pour type le bourgeon charnu, quelle qu'en soit la cause, nécrose, ostéite, inflammation quelconque, sera composée des mêmes éléments embryonnaires, conjonctifs ou fibreux à un degré différent de dévoloppement.

La question est tout autre s'il s'git des conditions étiologiques. Ici on doit admettre des variété cliniques plus nombreuses, en tête desquelles il faut placer les fongosités articulaires d'origine rhumatismale sur lesquelles M. Verneuil a si souvent insisté.

L'intervention thérapeutique, même dans les cas de synovite tuberculeuse, devra être différente, suivant que le point de départ a été osseux ou articulaire. M. Lannelongue regrette de ne pouvoir insister sur ce sujet intéressant ; il demande que la Société place cette question à son ordre du jour. Dans une prochaine séance, il présentera les résultats de sa pratique.

Extirpation préventive des fongosités dans les arthrites fongueuses, par M. *Daniel Mollière*. — M. le secrétaire général lit un travail, dans lequel le chirurgien de Lyon établit d'abord que les tumeurs blanches consécutives aux synovites fongueuses des gaines

périarticulaires ont une marche plus rapide et pour ainsi dire plus maligne.

Dans un cas, il a fait l'extirpation des fongosités siégeant dans les gaines des péroniers ; au cours de l'opération, il dut ouvrir et racler les articulations tibio-tarsienne et calcanéo-astragalienne, ainsi que le sinus du tarse. Les précautions antiseptiques furent prises avec soin. La guérison a été parfaite. Depuis, M. Daniel Mollière a fait plusieurs autres opérations de ce genre, trop récentes pour être publiées.

M. *Trélat.* Ce procédé d'extirpation des fongosités n'est pas nouveau, la thèse de M. Bidard, qui date de plus de vingt ans, traite du même sujet.

M. *Lucas Championnière.* Je suis étonné de voir cette opération préconisée comme une méthode nouvelle. Lister, Wolkmann, l'ont pratiquée souvent; je l'ai moi-même employée avec succès pour de petites articulations.

COLOTOMIE LOMBAIRE DANS L'ÉPITHÉLIOMA DU RECTUM. — M. *Trélat* a déjà présenté une malade qu'il avait opérée le 2 décembre de colotomie lombaire pour un épithélioma du rectum, dont l'ablation n'était pas possible. L'opération date de six mois, et depuis cette époque il est survenu dans l'état général de la malade une amélioration très notable. Il n'existe aucun signe de cachexie, les fonctions digestives se font bien, enfin, grâce à des soins de propreté, l'anus lombaire n'apporte aucune gêne à la malade.

M. Trélat a vu 16 cas de cancer du rectum depuis deux ans; il est obligé de dire que les opérations curatives qu'il a pratiquées ne lui ont pas donné un pareil résultat. Parmi les opérations qu'il a pratiquées, il ne veut en citer que deux qui lui semblent caractéristiques.

Chez un homme, M. Trélat put faire le diagnostic précoce d'épithélioma du rectum. La tumeur était très limitée, très accessible. L'ablation fut faite largement ; le malade paraissait dans les meilleures conditions de guérison; au bout de cinq semaines, il y avait récidive, et depuis le malade a subi plusieurs opérations.

Sur un autre malade, la tumeur formait une couronne irrégulière, remontant de 3 à 6 centimètres au-dessus de l'anus.

L'ablation complète de la tumeur était possible. Elle fut faite avec les plus grands soins, mais il fallut poursuivre la production cancéreuse jusque sur la face antérieure du sacrum. Le malade mourut le neuvième jour avec de la cellulite pelvienne.

M. Trélat veut bien faire constater que l'opération palliative qu'il a pratiquée chez cette malade lui a donné de bien meilleurs résultats que les opérations curatives. L'ablation totale de l'extrémité inférieure du rectum est une opération dangereuse, quelques précautions que l'on puisse prendre.

TRÉPANATION DU CRANE. — M. *Félizet* présente la voûte du crâne d'un sujet à qui il avait pratiqué la trépanation, et qui a succombé à de la méningo-encéphalite traumatique. Les localisations cérébrales étaient très intéressantes, et seront présentées en détail dans le rapport de M. Berger.

DE LAPERSONNE.

BIBLIOGRAPHIE

LA TECHNIQUE DE LA PALPATION ET DE LA PERCUSSION, à l'usage des étudiants en médecine, par M. le professeur *Ch. Lasègue*, et M. le professeur agrégé *Grancher*, 1 vol. in-18. Paris, Asselin et Ce, 1882.

M. le professeur Lasègue a déjà publié un petit volume intitulé : la *Technique de l'auscultation*, dont nous avons rendu compte ici l'année dernière.

Dans le nouveau volume que nous avons sous les yeux, l'éminent professeur a écrit la technique de la palpation, M. Grancher la technique de la percussion. Ces trois petits traités se complètent l'un l'autre et l'on trouve ainsi réunies toutes les lois qu'il est utile de connaître pour mieux exercer les sens que l'observateur ne peut remplacer par aucun instrument.

M. Lasègue donne d'abord quelques notions générales sur la palpation et les meilleurs moyens de l'exercer. Il distingue la palpation vraie, celle qui n'a lieu qu'à une condition, c'est que l'objet destiné à l'examen puisse être saisi entre le pouce et l'index de l'observateur et la palpation du second ordre, qui a lieu par l'apposition, des doigts, sans préhension. Dans le second mode, il faut se rapprocher, autant que possible, des procédés du palper, c'est-à-dire effectuer une série de secousses imprimées par les doigts de l'observateur à l'objet mobile ou immobile dont il veut tracer les contours.

L'auteur rappelle avec raison ce fait que, s'il est utile de multiplier les données empruntées aux sens, on ne doit pas oublier qu'en faisant agir un appareil sensoriel à l'exclusion des autres on obtient son maximum d'acuité. Aussi conseille-t-il au médecin de fermer les yeux pendant la palpation, quitte à recourir ensuite aux indications que peut ajouter l'examen visuel. Il insiste sur la position que doit prendre le médecin et celle qu'il doit conseiller au malade, puis il aborde les faits particuliers en suivant l'ordre des régions anatomiques.

M. Lasègue insiste sur le palper trop peu employé du crâne et de la face et sur la nécessité de rechercher autant que possible la configuration de la base du crâne, donnée très utile lorsqu'il s'agit d'étudier les troubles cérébraux en rapport avec des vices de conforma-

tion de la boîte osseuse. Limitée au point de vue pratique, l'étude de la déformation du crâne se réduit, d'ailleurs, à celle de l'asymétrie: là, les indications sont essentiellement applicables à la pathologie. Dans ce but, M. Lasègue met en jeu l'examen visuel des régions frontale, temporale, sourcillière et malaire, de la bouche, du pharynx et des oreilles, puis l'examen tactile des mêmes régions.

Ainsi que l'a signalé le professeur de la Pitié, l'une des formes les plus communes et les plus franches de l'épilepsie, celle qui apparaît vers l'âge de la puberté ou après sa première évolution, est caractérisée par cette asymétrie qui en est à la fois le signe et la cause.

L'asymétrie cranio-faciale ne détermine pas forcément l'épilepsie, mais elle peut engendrer des troubles cérébraux divers.

Au thorax, la palpation doit constater la configuration des parois thoraciques en prenant largement les parois entre les deux mains. Il faut ici éviter cette cause d'erreur que, placé à la droite du malade on incline à trouver le côté gauche dilaté et réciproquement. Le palper du thorax doit être complété par celui de la colonne vertébrale dont la direction est souvent difficile à déterminer. Cet examen doit porter également sur les muscles qui s'insèrent à la cage thoracique. Il fournit non pas seulement des indices, mais des signes dans les pleurésies ; il donne presque la date et la mesure de l'épanchement ; il est important dans la tuberculisation, dans la broncho-pneumonie chronique, toutes les fois en un mot que la lésion pulmonaire se concentre dans un seul côté.

Le palper de l'abdomen est celui qui comporte au plus haut degré la combinaison des trois sens de la vue (graphique), de l'ouïe (percussion) et du toucher palpation. Il a pour objet de limiter les organes parenchymateux et consistants contenus dans le ventre, de constater les corps liquides ou solides qui existeraient pathologiquement. Le palper s'adresse au foie et à la vésicule biliaire, à la rate, aux reins, à la vessie et à l'utérus, au cœcum et aux intestins.

Quoique le palper des membres soit surtout du domaine de la chirurgie, il peut cependant offrir des indications très utiles à la médecine pure, par exemple dans les atrophies musculaires primitives ou secondaires, les œdèmes, les maladies des articulations.

M. Grancher a écrit la technique de la percussion avec la même clarté et la même méthode. Après un court historique, il insiste sur la supériorité de la percussion digitale sur la percussion instrumentale, et il aborde les deux problèmes que soulève la percussion. Le premier purement physique : quelles sont la quantité et la qualité du bruit ou du son perçu ; quelle est la valeur de ce bruit ou son dans le cas particulier.

Nous signalerons un très important chapitre sur les classifications

et les théories et nous regrettons que la longueur déjà donnée à ce compte-rendu nous empêche d'insister sur quelques points du plus haut intérêt.

Passant à la pratique M. Granger étudie la percussion du poumon à l'état physiologique et à l'état pathologique, et dans ce dernier cas il envisage trois conditions selon que le son reste normal ou qu'il est diminué ou bien qu'il est augmenté. Il examine de même à l'état physiologique et à l'état pathologique le cœur et les vaisseaux, le foie et la rate, l'estomac, l'intestin, les reins, le pancréas, l'utérus et la vessie, puis les tumeurs, quelle que soit leur région.

MM. Lasègue et Grancher adressent très modestement leur ouvrage aux étudiants en médecine, mais les praticiens à toutes les hauteurs de l'échelle y trouveront les plus précieuses indications.

A. Ch.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 12 au 17 juin 1882.) — *Lundi*, 12. — Doctorat, 2e (ancien régime, oral) : MM. Vulpian, Guyon et A. Ollivier. — 3e (nouveau régime, oral, 1re partie, pathologie externe et accouchements) : MM. Depaul, Verneuil et Monod. — 3e : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 4e : MM. Bouchardat, Parrot et Dieulafoy. — 4e : MM. Charcot, Hayem et Landouzy. — 5e (Charité) : MM. Fournier, Duplay et Pinard. — 5e (Charité) : MM. Potain, Tillaux et Budin.

Mardi, 13. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Panas, Cornil et Bouilly. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 4e : MM. Bouchard, Peter et Grancher. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Jaccoud et Humbert. — 5e (Charité) : MM. Richet, Ball et Charpentier.

Mercredi, 14. — Doctorat, 2e, médecine opératoire : MM. Duplay, Tillaux et Pozzi. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (ancien régime, oral) : MM. Béclard, Charcot et Farabeuf. — 1er (ancien régime, oral) : MM. Vulpian, Hayem et Remy. — 3e (ancien régime) : MM. Bouchardat, Baillon et Gay. — 3e (ancien régime) : MM. Regnauld, Gariel et Bourgoin. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Depaul, Parrot et Guyon.

Jeudi, 15. — Doctorat, 2e (ancien régime, oral) : MM. Le Fort, Bouchard et Troisier. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Lasègue, Peter et Humbert. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Panas, Laboulbène et Hallopeau. — 4e : MM. G. Sée, Brouardel et Raymond. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Sappey et Robin.

Vendredi, 16. — Doctorat, 2e (ancien régime, oral) : MM. Charcot, Guyon et Landouzy. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Fournier, Duplay et Dieulafoy. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Parrot, Tillaux et Straus.

— 2e (ancien régime, oral) : MM. Trélat, Potain et A. Ollivier. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Depaul, Bouchardat et Hayem.

Samedi, 17. — Doctorat, 2e (ancien régime, oral) : MM. Bouchard, Laboulbène et Richelot. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Hardy, Peter et Humbert. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Le Fort, Brouardel et Troisier. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Jaccoud et Peyrot. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. G. Sée, Panas et Charpentier.

Samedi, 17. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du clinicat.* — Des concours auront lieu en juillet 1882 pour la nomination aux emplois de chefs de clinique titulaires et adjoints pour les cliniques obstétricale, médicale, chirurgicale, maladies mentales, maladies des enfants et des maladies cutanées et syphilitiques.

Les candidats doivent être âgés de moins de 34 ans au jour de l'ouverture du concours, pour les places de chef de clinique médicale, des enfants, des maladies cutanées et syphilitiques et des maladies mentales, et de moins de 38 ans pour les places de chef de clinique chirurgicale ou obstétricale.

Une affiche ultérieure indiquera les dates précises de l'ouverture de ces concours.

Commission des cimetières. — La grande commission d'assainissement des cimetières qui doit déterminer quels seront les cimetières à adopter pour Paris, tiendra sa première séance le samedi 10 juin, à trois heures. Cette commission se compose de : MM. le Préfet de la Seine, président ; le Secrétaire général, vice-président ; Tolain, sénateur ; le Dr Georges Martin, Edgard Monteil, Thorel, le Dr Robinet, Cusset, E. Hamel, le Dr Levraud, conseillers municipaux ; De Heredia, Lafond, députés ; le Dr Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine ; Bourgoing, professeur à l'Ecole de pharmacie ; Ad. Carnot, professeur à l'Ecole des mines ; Feydeau, inspecteur général des cimetières ; Alphand, directeur des travaux ; Huet, sous-directeur des travaux ; P. Rigaud, ingénieur en chef des mines ; le Dr Dumesnil, médecin de l'Asile national de Vincennes ; Schutzenberger, professeur au Collège de France ; Pasquier, sous-directeur des affaires municipales ; Le Roux, chef de division.

Nécrologie. — M. le Dr Vinatier, député de la 2e circonscription de Moulins (Allier), vient de mourir. En annonçant sa mort à la Chambre des députés, le président, M. Brisson, a rappelé que notre confrère était un des plus purs exemplaires du type du médecin de campagne, excellent citoyen, passionné pour la France et pour l'humanité. — M. le docteur Lagardelle, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, est mort avant-hier. Suivant le désir qu'il a témoigné, le docteur Lagardelle a été enterré civilement.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. PARENT, A. DAVY, Successeur

31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

NGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 68 MARDI 13 JUIN 1882

LA 'RANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
sseur de clinique chirurgicale, nbre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
esseur agrégé à la Faculté, hirurgien des hôpitaux.

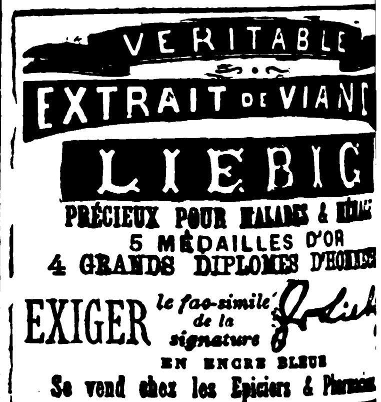
E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

'esser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE


EN VENTE DANS LES Mons d'EAUX MINÉRALES
EMPLOYÉE DANS LES PRINCIPAUX HOPITAUX
EAU
SULFUREUSE
Source
SÉVIGNÉ
APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
AUTORISATION de l'ÉTAT
AGENCE GÉNÉRALE
51 rue Vivienne
PARIS
AFFECTIONS de la GORGE LARYNX ASTHME BRONCHES
MALADIES de la PEAU LYMPHATISME SCROFULE


VERITABLE
EXTRAIT DE VIANDE
LIEBIG
PRÉCIEUX POUR MALADES
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'HONNEUR
EXIGER le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Epiciers & Pharmaciens

29e Année. — Tome I. — N° 68 Mardi 13 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Note sur un cas d'anévrysme artérioso-veineux de la crosse aortique et de la veine cave supérieure

Par M. Damaschino,
Médecin de l'hôpital Laënnec,
et M. le Dr Lavin,
Ancien interne des hôpitaux.

Le sujet de cette observation est un homme robuste et bien constitué, âgé de 50 ans, et qui exerce la profession de peintre en bâtiments.

Les antécédents héréditaires n'offrent aucun intérêt ; il faut seulement noter que le père est mort à 60 ans, d'une affection cardiaque qui aurait été déterminée par un coup de pied reçu dans la région précordiale à l'âge de 21 ans.

Notre malade n'a eu ni rhumatisme ni accidents syphilitiques, il a seulement fait quelques excès alcooliques. Il raconte qu'en 1860, au moment d'un grand effort pour charger une barrique de vin, il aurait éprouvé une sensation d'oppression dans toute la poitrine, cette sensation dura trois ou quatre heures ; mais depuis lors, Ch.... n'a plus rien eu de semblable et n'a jamais ressenti de palpitations.

Le 8 octobre 1881, à trois heures de l'après-midi, étant en train de travailler, il s'était baissé pour ramasser un moufle pesant 150 livres ; il n'avait ressenti ni douleur, ni oppression, ni palpitations, lorsqu'au moment où il se releva ses amis lui firent remarquer qu'il avait le visage tout bleu. Cette cyanose augmenta d'intensité et s'étendit à toute la tête.

Le lendemain, à son réveil, il trouva que son bras droit était enflé, ainsi que la face et le cou. Vers l'après-midi, le bras gauche était devenu enflé à son tour. A ce moment, le malade ressentait un sentiment de contriction au cou et éprouvait une faiblesse générale, surtout marquée aux extrémités supérieures et inférieures, la marche lui causait une grande fatigue.

Le 10 au soir, Ch... s'aperçut que toute la partie supérieure du corps en avant et en arrière à partir de la ceinture était « veinée », suivant son expression.

Le 13, la voix était devenue un peu rauque. Depuis le début de sa maladie, il n'a ressenti ni douleur dans la poitrine, ni palpitations, ni étouffements, ni vertiges, ni troubles de la vue ou de l'ouïe.

A cette même date, 13 octobre, les veines de la face, du tronc, des

membres supérieurs et sous-cutanées abdominales ont commencé à se développer.

A son entrée à l'hôpital, le 14 octobre, nous avons constaté que la peau de la face, surtout au niveau du nez, des paupières, des oreilles et de la bouche, est tout à fait cyanosée ; le réseau veineux est très développé. Les téguments du cou, la muqueuse de la bouche et du pharynx présentent également une coloration beaucoup plus foncée qu'à l'état normal. La face et le cou sont tuméfiés et turgescents, par suite d'un œdème très notable qui accompagne la stase sanguine du système capillaire et veineux. Les troncs du cou sont distendus, surtout du côté droit.

Rien d'anormal dans la sécrétion salivaire. Le thorax, œdématié, présente de nombreuses varicosités des veines cutanées, surtout des petites veinules. Les troncs veineux qui se dirigent vers la base du cou et vers le bras semblent un peu plus développés qu'à l'ordinaire.

Les membres supérieurs sont très œdématiés sur toute leur étendue, surtout celui du côté droit. Les mains sont un peu cyanosées et leurs veines offrent un relief remarquable.

La partie inférieure du tronc ne présente ni œdème, ni varicosités. On voit se dessiner un peu les veines sous-cutanées abdominales.

Les membres inférieurs ne sont pas œdématiés. On observe des varices de la veine saphène interne du côté droit, depuis l'origine jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, mais le malade affirme qu'elles ont toujours existé.

A l'examen du thorax, on constate que la partie supérieure de la poitrine est légèrement bombée, surtout du côté droit. La pointe bat faiblement vers le sixième espace intercostal auprès du sternum.

A la percussion, la matité précordiale commence au deuxième espace intercostal et s'étend jusqu'au sixième. A gauche, la matité commence à 1 centimètre en dehors du mamelon, et à droite à 4 centimètres du sternum. Nous devons toutefois remarquer que les limites du cœur sont très difficiles à préciser, à cause de l'œdème de la paroi et parce qu'il existe une lame de poumon qui recouvre le cœur.

Du côté droit, on trouve une matité qui s'étend depuis le milieu de la clavicule jusqu'au quatrième espace intercostal, occupe presque tout le creux sous-claviculaire dans une étendue de trois travers de doigt en dehors du sternum au niveau du troisième espace intercostal. La matité arrive en haut jusqu'au bord droit du sternum et en bas se continue avec celle du cœur.

A la palpation, on perçoit à la partie supérieure du thorax du côté

droit un thrill très marqué, surtout au-dessous de la clavicule, qui se propage jusqu'à la partie interne de la fosse sus-claviculaire.

Sur le bord droit du sternum, dans le troisième espace intercostal, existe un premier centre de battements où on entend très distinctement les deux bruits cardiaques; un second centre, mais moins net que le premier, est situé à la pointe du cœur et se propage vers le creux épigastrique même. On voit des soulèvements rhythmiques et synchrones aux battements cardiaques dans toute la région droite et supérieure du thorax et surtout au niveau des deux centres de battements. Au niveau de l'épigastre, le malade perçoit des battements qui ne l'incommodent pas. La partie interne de la fosse sus-claviculaire présente aussi des soulèvements semblables.

A l'auscultation, à la base du cœur, au niveau du second espace intercostal à droite du sternum, on entend un souffle rapeux pendant la systole cardiaque et un souffle aspiratif pendant la diastole ; ces deux souffles se suivent presque sans intervalles et l'on pourrait croire au premier abord à l'existence d'un souffle continu avec renforcement systolique.

Vers la pointe du cœur, on perçoit un souffle systolique encore rude, mais offrant le même timbre que celui de la base ; c'est évidemment un bruit propagé de la base, car, en auscultant dans l'aisselle même, on retrouve les deux bruits normaux du cœur : on les entend également au niveau du foyer de la valvule tricuspide.

En appliquant l'oreille à 3 centimètres 1/2 au-dessous de la partie moyenne de la clavicule, on est frappé par l'existence d'un souffle continu très intense avec renforcement systolique. Ce souffle est remarquable surtout pendant le renforcement par un timbre sonore et vibratoire; il se propage avec les mêmes caractères à la base du cou et à la partie postérieure du thorax du côté droit et jusqu'au dessous de l'angle de l'omoplate. Il disparaît au voisinage de la colonne vertébrale. Par contre, sur le bord gauche du rachis, on entend manifestement le double souffle aortique avec les mêmes caractères qu'au niveau du foyer des bruits de la base; il disparaît complètement lorsqu'on arrive au niveau de la région lombaire.

L'étude du système artériel fournit les résultats suivants. Les carotides présentent des battements qui incommodent le malade et soulèvent la peau à chaque systole. Lorsqu'on prend les deux pouls radiaux simultanément, on n'observe pas de retard appréciable à la main, mais une différence d'intensité dans les battements; celui du côté gauche est beaucoup plus fort que celui du côté droit.

Le pouls est régulier, à peu près normal (72 pulsations).

Pas d'athérome. Au niveau des artères fémorales existe un double souffle intermittent.

La température axillaire est normale; cependant le malade accuse

une sensation de froid sur toute la surface du corps. Voici les chiffres thermométriques constatés dans diverses régions :

Température 37,2 au niveau de l'aisselle.
» 37,2 au niveau du pli du coude.
» 36,4 au niveau du creux poplité.

(*La fin au prochain numéro.*)

De la névroglie.

Par M. L. Ranvier (1).

Dans une note que j'ai communiquée, il y a quelques années, à l'Académie, j'ai soutenu que la névroglie de la moelle est composée de fibres de toute longueur, s'entre-croisant en certains points au niveau desquels se trouvent des cellules généralement aplaties. J'avais fait cette observation sur la moelle épinière de mammifères adultes, dissociée après injections interstitielles d'acide osmique, et j'avais été conduit à faire rentrer le tissu conjonctif de la moelle dans le schéma du tissu conjonctif que j'avais établi. J'ai repris dernièrement l'étude de la névroglie, et je suis arrivé à la connaissance d'un certain nombre de faits qui amèneront, je l'espère, une entente définitive sur sa constitution.

J'ai confirmé d'abord mes premières observations ; j'ai cherché ensuite à reproduire celles de Deiters, de Boll et de Golgi. Après quelques tâtonnements, j'ai obtenu un très grand nombre de cellules de Deiters par une méthode fort simple. Cette méthode est la suivante : des segments de la moelle épinière du bœuf ou du chien sont placés dans le liquide de Müller pendant plusieurs semaines. Lorsqu'ils ont acquis un degré de durcissement convenable, on y fait des coupes longitudinales que l'on colore fortement par le carmin. Les coupes sont placées dans une goutte d'eau sur une lame de verre, puis, au moyen d'une lamelle que l'on applique et que l'on soulève maintes fois, on les désagrège. Chez le bœuf, les cellules de la névroglie n'ont pas les formes rudimentaires que leur a attribuées Deiters. Leur noyau est bien accusé ; leur corps cellulaire bien développé est membraneux, irrégulièrement étoilé et montre des accidents de formes qui dépendent en grande partie des pressions exercées par les éléments voisins (crêtes d'empreinte). Il s'en dégage de nombreux prolongements qui ne sont autre chose que les fibres de toute longueur, si nettes dans les préparations faites au moyen des injections interstitielles d'acide osmique, et qui, dans ces préparations, paraissent être indépendantes des cellules.

Comment concilier ces deux observations, en apparence contradic-

(1) Communication à l'Académie des sciences.

toires? On pourrait le faire sans doute par un examen plus approfondi des préparations précédemment indiquées, mais il m'a paru préférable d'arriver à l'évidence au moyen d'une méthode nouvelle, qui, comme on va le voir, conduit directement à la solution du problème. Cette méthode, une de celles que j'ai fait connaître dans mon *Traité technique d'Histologie*, consiste dans l'emploi successif de deux réactifs dont l'un produit un certain degré de dissociation, et dont l'autre fixe définitivement les tissus modifiés par le premier.

C'est là une méthode générale dont les histologistes saisiront l'importance et qui m'a déjà donné de bons résultats dans l'étude des organes des sens. Voici comment je l'applique à la préparation de la névroglie : un segment de moelle ayant séjourné pendant vingt-quatre heures dans l'alcool au tiers, on en détache de petites portions et on les agite avec de l'eau distillée dans un tube à expérience jusqu'à ce qu'elles soient dissociées; on ajoute du picrocarmin pour colorer les éléments, puis on les laisse se déposer au fond du tube. On les recueille au moyen d'une pipette et on les porte dans un autre tube contenant de l'eau distillée, à laquelle on ajoute de l'acide osmique. Lorsqu'ils ont gagné le fond du vase, on les prend de nouveau avec la pipette pour les examiner au microscope. A côté des cellules ganglionnaires, si l'on a opéré sur la substance grise, les cellules de la névroglie se montrent en nombre assez considérable. Elles présentent de nouveaux caractères qui permettent de bien apprécier leurs rapports avec les fibres névrogliques. Ces fibres ne paraissent plus être de simples prolongements des cellules, car on peut les suivre maintenant au sein des cellules elles-mêmes. Elles sont simplement noyées dans le protoplasma, et si, dans les préparations faites à l'aide du liquide de Muller, on ne peut les distinguer, cela tient uniquement à ce que, après l'action de ce réactif, leur indice de réfraction est à peu près le même que celui de la substance qui les englobe.

Toutes les cellules de la névroglie ne sont pas étoilées, toutes n'affectent pas avec les fibres les rapports que je viens de décrire. Il y en a de rondes ou polyédriques qui sont disposées isolément ou en série, dans la substance blanche, entre les tubes nerveux qui la composent. Certaines de celles qui sont étoilées ont leur noyau placé excentriquement dans une masse de protoplasma dont la forme est globuleuse. En l'absence de dessin pour le représenter, je comparerai leur forme à celle du poulpe commun : les tentacules de l'animal correspondent aux fibres névrogliques, son corps au noyau de la cellule et à la masse protoplasmique qui l'entoure. J'ajouterai encore un détail à la description des cellules étoilées. Dans les préparations faites après l'action du liquide de Müller, on voit la masse de

protoplasma envoyer sur les fibres qui s'en dégagent des expansions qui, généralement, s'étendent entre elles comme une membrane interdigitale, d'autres fois les entourent d'une sorte de manchon. Souvent, deux fibres contenues dans un même manchon se séparent ensuite, de telle sorte que l'on pourrait croire à une division. L'espace me manque pour faire à ce propos la critique des observations de Deiters et de F. Boll; mais les lecteurs qui sont au courant de la question la feront d'eux-mêmes. Enfin, je dirai que les fibres qui traversent les cellules de la névroglie ne suivent pas toujours un trajet rectiligne; un grand nombre d'entre elles y décrivent des courbes ou y sont repliées en forme d'anse.

J'arrive maintenant à la partie la plus important de cette communication, celle qui est plus spécialement du domaine de l'anatomie générale. Pour saisir la signification morphologique des cellules et des fibres de la névroglie, il faut les comparer aux cellules de soutènement des organes des sens, celle de la rétine par exemple. Les cellules de soutènement de la rétine, *fibres de Müller*, possèdent, comme on le sait, une partie fibreuse qui traverse la membrane suivant une direction perpendiculaire à sa surface, et une masse de protoplasma latérale, dans laquelle un noyau est compris. Ces cellules ont eu à l'origine une constitution homogène. Il s'y est donc produit une différenciation, en vertu de laquelle une partie de leur protoplasme s'est transformée en fibre. C'est là un point important, car les cellules de la névroglie et les fibres qui sont en rapport avec elles sont évidemment les équivalents des cellules de soutènement de la rétine.

Seulement, tandis que chacune de ces dernières cellules donne naissance à une seule fibre, les cellules de la névroglie en produisent plusieurs. Cette différence n'est pas fondamentale, ainsi qu'il ressortira d'une communication que je me propose de faire prochainement sur les cellules de soutènement de l'organe de Corti.

Les cellules arrondies et polyédriques de la névroglie peuvent être considérées comme des cellules du névro-épithélium primitif non différenciées, et, à ce point de vue, elle sont les équivalents des cellules de la rétine que j'ai désignées sous le nom de *cellules basales*. Chez un embryon de bœuf de 0m, 14, toutes les cellules de la névroglie se montraient sous ces formes. Chez des embryons plus âgés, j'ai examiné des embryons de bœuf de 0m,75 et de 0m,95 : un grand nombre de cellules de la névroglie étaient étoilées et présentaient de longs prolongements; mais ces prolongements n'étaient pas encore des fibres véritables : ils avaient la constitution du protoplasma de la cellule et se fondaient avec lui. Enfin, chose singulière, les cellules de la névroglie du cerveau de l'adulte paraissent ne pas dépasser ce stade du développement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 *juin* 1882. — *Présidence de* M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

M. Grancher fait une communication *Sur la valeur des respirations anormales comme signes du début de la tuberculose commune.* (Sera publié *in extenso.*)

DES LAVEMENTS PHÉNIQUÉS. — *M. Ferrand* lit un rapport sur la candidature de M. Desplats (de Lille) au titre de membre correspondant.

M. Desplats a envoyé un mémoire sur l'action antipyrétique de l'acide phénique et du salicylate de soude dans le traitement de la fièvre typhoïde. M. Ferrand rapporte les résultats des expériences et des observations de M. Desplats et les fait suivre de judicieuses réflexions.

M. Dujardin-Beaumetz a employé les lavements phéniqués dans le traitement de la fièvre typhoïde, il a observé des accidents tels qu'abaissement considérable de la température (quand le malade garde les lavements) et tendance aux congestions pulmonaires.

M. Damaschino. Je désire confirmer ce que vient de dire M. Beaumetz. L'action des lavements phéniqués, quand ils sont gardés est très énergique ; la température est abaissée et, au bout d'un certain temps de l'usage des lavements, on observe des accidents d'intoxication phéniquée, urines noires, troubles cérébraux, etc. Quant à la tendance aux congestions pulmonaires, je l'ai constatée, comme M. Beaumetz, depuis quelque temps, beaucoup plus fréquemment qu'autrefois, non seulement dans la fièvre typhoïde, mais dans une foule d'autres maladies aiguës en dehors de tout traitement phéniqué.

M. Rathery a observé aussi la fréquence des complications pulmonaires dans les maladies aiguës, fréquence beaucoup plus grande depuis un an ou deux qu'autrefois.

M. Gérin-Rose a obtenu de bons effets des lavements phéniqués dans la fièvre typhoïde, et n'a pas observé de congestions pulmonaires.

M. Siredey. J'ai donné beaucoup les lavements phéniqués, mais j'ai eu des accidents graves, mortels même, et j'y ai renoncé presque complètement. Je crois que c'est une médication très dangereuse et qui doit être surveillée avec soin.

M. Dreyfus-Brissac. J'ai employé les lavements phéniqués dans le traitement de la fièvre typhoïde et je peux classer mes observations en deux séries qui correspondent à deux élèves en pharmacie différents. Dans la première série, j'avais eu des accidents graves qui m'avaient déterminé à cesser le traitement phéniqué ; on changea

l'élève en pharmacie du service, je repris le traitement phéniqué et j'obtins alors des effets normaux de l'action de l'acide phénique, ce qui me porte à croire que dans ma première série d'observations mes prescriptions, relativement aux doses, avaient été inexactement exécutées.

Mais, dans tous les cas, j'ai pu constater, en faisant prendre les températures toutes les heures et même toutes les demi-heures, que l'action médicatrice de l'acide phénique est toute momentanée et ne dure pas plus de trois heures. De plus, la médication phéniquée n'a aucune influence sur l'évolution générale de la maladie et la statistique des malades soignés par l'acide phénique n'est pas meilleure que celle des malades qui n'ont pas été soumis à ce traitement.

M. Du Castel pense que les lavements d'eau froide simple ont la même action que les lavements phéniqués quand ceux-ci sont rendus.

M. Siredey. Je ne donne les lavements phéniqués, quand je prescris qu'ils soient rendus immédiatement, que pour désinfecter les selles et non pour abaisser la température.

M. Ferrand. Je crois que, quoique dangereux, les lavements phéniqués constituent une médication puissante et dont il faut user avec prudence, bien entendu.

Il faut savoir aussi que si le lavement est rendu immédiatement, il ne peut pas avoir d'effet thérapeutique ; il n'a d'autre action, s'il n'est pas absorbé, qu'un lavement d'eau simple.

Quant aux congestions pulmonaires, je crois qu'elles doivent être mises sur le compte du génie épidémique, et qu'il serait injuste de les attribuer à la médication phéniquée.

Pour ce qui est de l'allongement de la convalescence, par l'usage de l'acide phénique, je ne puis rien conclure à cet égard, à cause des grandes différences individuelles des cas de fièvre typhoïde.

J'ajouterai que j'ai donné l'acide phénique, non seulement dans la fièvre typhoïde, mais dans la tuberculose aiguë, et j'ai obtenu également la chute de la fièvre et l'abaissement de la température. L'action antipyrétique de l'acide phénique me semble donc incontestable.

M. Labbé donne le résultat de son expérience personnelle sur la médication phéniquée et déclare qu'il en a toujours obtenu de bons avantages quand elle a été employée avec modération.

M. Féréol. La statistique est-elle meilleure avec les lavements phéniqués ?

M. Labbé. J'ai quelque raison de le croire, sans pouvoir l'affirmer absolument.

M. Féréol. J'ai aussi employé les lavements phéniqués, mais je n'en ai retiré aucun avantage certain, et j'ai eu à déplorer quelques accidents.

M. Dreyfus-Brissac. Il y a un autre accident à redouter, c'est que le médicament s'accumule dans l'économie. Et la réaction est d'autant plus vive, l'élévation consécutive de la température est d'autant plus forte que l'abaissement a été plus considérable.

M. Robin. Je ne crois pas à l'accumulation de l'acide phénique dans l'économie ; d'après de nombreux dosages, j'ai tout lieu de croire que l'acide phénique ne persiste pas dans l'organisme plus de quarante-huit heures.

M. Féréol. Sans pouvoir donner l'explication du phénomène, je crois comme M. Dreyfus que l'acide phénique s'accumule dans l'économie ou au moins que ses effets sont beaucoup plus énergiques après un certain temps d'usage.

M. Beaumetz. De cette discussion résulte la conclusion que la médication phéniquée est dangereuse et n'a aucune influence sur la marche de la fièvre typhoïde.

M. Ferrand. Je tiens à ne pas laisser l'acide phénique sous le coup de la réprobation de M. Beaumetz, car ce médicament peut avoir de grands avantages.

M. Gérin-Roze demande à M. Ferrand s'il préconise d'une façon absolue l'acide phénique comme antipyrétique dans le traitement de la tuberculose. Cette opinion lui semble contestable.

M. Ferrand répond que ses observations ne sont pas assez nombreuses pour lui permettre de poser des conclusions définitives ; il a obtenu des résultats très nets, mais la question mérite d'être étudiée plus longuement.

La séance est levée à 5 h. 10.

Ern. GAUCHER.

VARIÉTÉS

Monsieur Cattiaux.

Dans notre numéro du 24 avril dernier, nous avons publié un court article sur M. Cattiaux, cet officier de santé qui, dans une séance du conseil municipal, apostrophait si vivement les médecins des bureaux de bienfaisance en prétendant que les trois quarts d'entre eux mériteraient d'être révoqués. M. Laborde a bien voulu reproduire notre article dans la *Tribune médicale*, en rappelant que M. Cattiaux « était certainement un des moins autorisés à se permettre ces paroles, ne fût-ce que par les sentiments de *demi-confraternité* qu'il aurait dû éprouver, s'il en eût été capable. » Cependant c'est par une lettre adressée le 2 juin à notre très distingué collègue de la *Tribune médicale* que M. Cattiaux répond à notre article. M. Laborde hésite à reproduire cette réponse qui ne lui paraît pas absolument

conforme aux convenances. Heureusement, M. Cattiaux a eu la bonne idée d'envoyer également cette lettre à un journal potitique le *Radical* (4 juin) et c'est là que nous la trouvons. Nous nous ferions un scrupule de ne pas la mettre tout entière sous les yeux de nos lecteurs :

Paris, 2 juin 1882.

Très honorés confrères,

Le conseiller municipal a pour devoir de défendre les intérêts généraux avant les intérêts particuliers de ceux qui l'ont élu. Tout le monde sait que le service médical des bureaux de bienfaisance est horriblement mal fait et que si les malheureux ne se plaignent pas plus souvent c'est qu'ils n'osent pas et pour cause. Monsieur le directeur de l'Assistance publique seul semble l'ignorer. Lorsque, remplissant un devoir pénible, je signalai à la tribune du Conseil municipal que le service médical des bureaux de bienfaisance laissait beaucoup à désirer, je provoquai de la part du directeur de l'Assistance publique une réponse qui motiva cette déclaration que je maintiens: les trois quarts des médecins des bureaux de bienfaisance méritent d'être révoqués. Les actes des conseillers peuvent être appréciés différemment, chacun les juge à son point de vue, c'est pourquoi j'ai laissé passer sans réponse la protestation de la Société médicale du Ve arrondissement. Un M. Chevallereau, revenant à la rescousse, veut à son tour, rompre une lance, mais il oublie d'être courtois. Je ne prendrais pas la peine de le réfuter, on ne discute pas avec les gens mal élevés ; je n'ai qu'un mot à dire : le titre est une recommandation mais ne donne pas la capacité, le meilleur médecin est celui qui guérit et le malade est le juge. Si j'ai acquis une position que la plupart des médecins seraient heureux de posséder, je ne la dois qu'à moi-même, je suis donc complètement indépendant, j'ai le droit et le devoir de dire la vérité, je n'y faillirai pas; puisqu'il vous a plu d'élargir le débat, je veux qu'il ait lieu au grand jour, dans une réunion publique ou seront particulièrement conviés les intéressés.

J'espère, monsieur le directeur, que vous voudrez bien mettre le même empressement à publier la réponse, que vous en avez mis à publier l'accusation.

Recevez l'assurance de ma considération distinguée,

Cattiaux, 4, rue Clavel.
conseiller municipal.

Quoique cette lettre soit adressée à une seule personne, au rédacteur en chef de la *Tribune médicale*, son auteur écrit : « mes très honorés confrères. » Est-ce pour répondre au mot de M. Laborde ? M. Cattiaux pense-t-il qu'un docteur en médecine vaille deux officiers de santé ?

Notre demi-confrère nous accuse de manquer de courtoisie et d'être mal élevé. Nous ne savons quelle est la compétence de M. Cattiaux en pareille matière, mais le bon goût de son apostrophe au Conseil municipal nous tranquillise absolument sur ce point.

Reprenons brièvement les faits. En pleine séance du conseil, sans aucune provocation, sans parler en rien de l'organisation très défectueuse des secours à domicile et des efforts pour y remédier que les médecins des bureaux de bienfaisance font depuis longtemps avec autant de persévérance que d'insuccès, M. Cattiaux a lancé gratuitement, contre un grand nombre de médecins honorables, une accusation indigne. Ce n'est pas là faire œuvre d'administrateur, de conseiller municipal, c'est uniquement servir des passions peu respectables et des haines jalouses.

Nos sentiments pour le conseil municipal ne peuvent faire aucun doute. Nous rendons pleine justice aux améliorations qu'il ne cesse d'apporter dans l'organisation de l'Assistance publique, et en particulier dans le service des secours à domicile. D'autre part, nous ne saurions avoir que de la sympathie pour la classe si intéressante des officiers de santé. C'est donc bien l'homme lui-même que nous visons lerrière ses deux titres et malgré ceux-ci.

« Simple mais non modeste officier de santé, » M. Cattiaux nous ıpprend qu'il a acquis une position que la plupart des médecins se·aient heureux de posséder et qu'il ne la doit qu'à lui-même. Nous .e faisons aucune difficulté pour le croire, mais qu'il nous permette 'oublier encore toute courtoisie au point de rappeler qu'on peut cquérir la fortune par des moyens peu honorables. M. Cattiaux ıit bien que les démêlés avec la police n'éloignent pas toujours la ientèle et que les antécédents judiciaires constituent pour certains édicastres une réclame dont ils savent généralement profiter.

Un dernier mot : M. Cattiaux pense que son rôle de conseiller mucipal lui impose le devoir de signaler les abus qui peuvent porter teinte aux intérêts de ses électeurs, soit; notre rôle de journaliste us impose également le devoir de signaler les pseudo-confrères i sont une continuelle atteinte à l'honneur et à la dignité de la ɔfession médicale, et M. Cattiaux peut être sûr que nous n'y faillis point.

Amand Chevallereau.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 22 au 27 mai 1882.

onnans. Eaux minérales du département de l'Ariège. — De Mangell. injections sous-cutanées de peptone mercurique ammonique dans le tement de la syphilis. — Lidin. Coup d'œil sur la climatologie et la ıologie du Sénégal. — Rousseau. Essai sur la péricardite tuberculee. — Stevenel. Contribution à l'étude de la myocardite interstitielle e l'abcès du cœur. — Gleize. Etude sur les fistules du sinus maxil-:.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Concours pour l'adjuvat.* — Le concours pour huit places d'aides d'anatomie s'est terminé par la nomination de MM. Jonnesco, Broca, Hache, Chaput, Ricard, Wickam, Arsaky et Barbulé.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Chauveau, professeur de pathologie expérimentale et comparée, est autorisé à se faire suppléer par M. Arloing, agrégé.

Comité consultatif de santé. — Par arrêté ministériel en date du 7 juin, le comité consultatif de santé est composé ainsi qu'il suit :

MM. Legouest, médecin inspecteur général, président ; Didiot, médecin inspecteur ; Perrin, médecin inspecteur ; Champenois, médecin inspecteur ; Colin, médecin inspecteur ; Daga, médecin inspecteur ; Coulier, pharmacien inspecteur, membres.

M. Péruy, médecin principal de 1re classe, est attaché au comité en qualité de secrétaire.

Service de santé militaire. — Par décret en date du 8 juin, M. Baizeau (Anacharsis), médecin inspecteur, est nommé directeur du service de santé à l'administration centrale de la guerre.

Bureaux de bienfaisance. — Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique a l'honneur d'informer MM. les médecins du XVe arrondissement que, le dimanche 25 juin 1882, il sera procédé dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

Revision de la loi sur les aliénés. — La commission extra-parlementaire qui achève de préparer la revision de la loi de 1838 sur les aliénés a admis la proposition de M. Drumel : toute infraction aux règlements administratifs ou médicaux dans les asiles tenus par des particuliers serait punie d'une amende de 10 000 francs.

Bulletin de la mortalité *du 2 au 8 juin* 1882. — Fièvre typhoïde, [illegible]. — Variole, 11. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 51. — Dysentérie, 2. — Erysipèle, 11. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 45. — Phthisie pulmonaire, 196. — Autres tuberculoses, 19. — Autres affections générales, 87.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 54.

Bronchite aiguë, 27. — Pneumonie, 58. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 54 ; au sein et mixte, 41 ; inconnu, 5. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 96 ; l'appareil circulatoire, 70 ; l'appareil respiratoire, 58 ; l'appareil digestif, 59 ; l'appareil génito-urinaire, 30 ; la peau et du tissu lamineux, 3 ; des os, articulations et muscles, 5. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0 ; fièvre infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 30. — Causes non classées, 7. — Nombres absolus de la semaine, 1.105.

Résultats de la semaine précédente : 1.131.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris. — Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

NGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 69 JEUDI 15 JUIN 1882

LA 'RANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
)sseur de clinique chirurgicale,
mbre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale,
Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
'esseur agrégé à la Faculté,
hirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 69. Jeudi 15 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 14 *juin* 1882.

M. Denis Dumont, professeur de clinique chirurgicale à l'école de médecine de Caen, rapporte à l'Académie l'histoire d'un malade mordu par un chien et qui, après avoir présenté tous les symptômes de la rage, a guéri au moyen d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine. Nous avons été si souvent trompés par de prétendus spécifiques contre la rage, sans aucune influence sur les véribles rabiques, que la première pensée dans ce cas est de douter de l'exactitude du diagnostic. Mais M. Denis Dumont accumule les arguments et les preuves; il rapporte un grand nombre de détails qui sembleraient puérils s'ils n'avaient pour but d'éclairer un fait de la plus haute importance, aussi il ne paraît point douteux que le malade n'ait eu la rage et il est encore plus certain qu'il a guéri.

Le chien qui a mordu cet homme a mordu le même jour une femme et une petite fille. La petite fille n'a présenté encore aucun symptôme, mais la femme a été prise de la rage, dont elle est morte quelques jours après. Le malade lui-même, qui jamais encore n'avait présenté de phénomènes nerveux d'aucun genre, voit, un mois après sa morsure, la plaie se rouvrir et prendre un aspect violacé; il est pris d'une soif ardente et ne peut boire; les moindres efforts de déglutition provoquent en lui des constrictions spasmodiques du pharynx. Il devient triste, abattu, et se sauve dans la campagne, où il gratte la terre avec ses ongles, mord des cailloux et craint de mordre également les personnes qu'il rencontre. Il est amené à l'Hôtel-Dieu de Caen où le diagnostic de rage ne fait doute pour personne. On lui fait sans succès des injections sous-cutanées de morphine et on lui fait prendre chaque jour 6 grammes de bromure de potassium, 4 grammes d'hydrate de chloral et 50 grammes de sirop de codéine; tout en continuant ce dernier traitement, M. Denis Dumont fait pratiquer des injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine à la dose d'un centigramme et les fait continuer de manière à maintenir constamment le malade en état de salivation et de transpiration; cela se fait ainsi trois fois par jour. Dès la première injection, les symptômes se calment, le malade se trouve mieux, il peut manger et boire, et au bout de quelques jours il est complètement guéri.

Quelque merveilleuse que puisse paraître cette guérison si rapide d'une affection qui, ordinairement, se préoccupe peu des essais thérapeutiques, il paraît difficile de douter de la parfaite exactitude du diagnostic dans ce cas. D'ailleurs, M. Bouley est déjà chargé d'un

rapport sur un autre cas du même genre, guérison, par les injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine, d'un cas de rage confirmé. M Bouley lira son double rapport dans la prochaine séance, et nous espérons qu'il s'élèvera alors une discussion des plus intéressantes sur ce sujet.

Vivement ému du discours lu dans l'avant-dernière séance par M. Luys, M. Blanche revient à la tribune pour soutenir de nouveau cette thèse que l'aliénation mentale ne peut jamais être considérée comme une cause de divorce. M. Blanche divise, à ce point de vue, les aliénés en trois catégories : dans la première, il place les congénitaux et les héréditaires; dans la seconde, les aliénés avec lésions cérébrales ; dans la troisième, les vésaniques, maniaques, mélancoliques, qui peuvent vivre très longtemps sans présenter aucune altération de l'encéphale et pour lesquels la guérison peut toujours survenir, même après un temps très long. C'est principalement sur cette dernière catégorie que M. Blanche s'appuie pour montrer que le pronostic doit toujours être très réservé, et qu'il ne faut pas rompre le mariage d'un aliéné qui peut revenir plus tard à la raison. D'ailleurs, quand il y a des lésions cérébrales, dit-il, la mort est proche, ce n'est plus qu'une affaire de patience ; par conséquent, dans ce cas encore, le divorce ne doit pas être permis.

Comme exemples de rémissions très prolongées, M. Blanche cite malheureusement des faits qui donnent peu d'appui à sa thèse, par exemple ce paralytique général qui, autorisé par MM. Foville père et Blanche à se marier, eut peu de temps après son mariage de nouvelles crises d'accidents cérébraux; et cette dame, vue également par M. Moutard-Martin, et pour laquelle M. Blanche peut affirmer la constance de la guérison, puisqu'il la vue récemment encore en soignant son enfant atteint de *crétinisme*. Nous ne croyons pas que cela plaide beaucoup en faveur de l'indissolubilité du mariage et qu'il soit désirable de voir s'augmenter la population de la France par de pareils moyens.

La question est des plus difficiles et des plus complexes; il suffit pour s'en convaincre de constater l'écart qui existe entre deux hommes aussi autorisés que MM. Luys et Blanche. Rappelons seulement avec quelle modération M. Luys formulait ses conclusions : « La folie, dans certains cas déterminés, peut être considérée comme une cause de divorce ».

A. Ch.

Note sur un cas d'anévrysme artérioso-veineux de la crosse aortique et de la veine cave supérieure (*Suite et fin*) (1).

Par M. Damaschino,
Médecin de l'hôpital Laënnec,

et M. le Dr Lavin,
Ancien interne des hôpitaux.

L'auscultation du poumon ne révèle rien d'anormal. La malade a un peu de dyspnée et une toux persistante. Sécrétion salivaire normale. Ch.... se plaint d'éprouver de temps en temps des nausées sans vomissement. Il a perdu presque complètement l'appétit; selles régulières.

Le foie dépasse un peu le bord costal.

La rate paraît un peu augmentée de volume.

Les urines, un peu plus foncées qu'à l'état normal, ne contiennent ni sucre ni albumine.

La sensibilité générale est intacte, ainsi que les sens du goût, de l'odorat et de l'ouïe.

Le malade perçoit les objets et les couleurs aussi bien qu'avant la maladie. La pupille gauche est plus petite que la droite, même en lui envoyant un rayon de lumière. A l'examen ophthalmoscopique, on constate une hypermétropie moyenne, un ramollissement du corps vitré; on voit de petits corps flottants très légers (au moins du côté gauche), les veines un peu grosses, sans œdème péripapillaire; il n'y a pas de battements veineux (examen fait par M. Chevallereau).

La muqueuse du larynx est un peu foncée, les cordes vocales se contractentassez bien.

Le malade ressent une très grande faiblesse des deux membres inférieurs, surtout pendant la marche; quand celle-ci est un peu prolongée, Ch... éprouve de l'essoufflement et des étourdissements.

La mémoire est conservée, ainsi que l'intelligence, et il ne survient de troubles céphaliques, notamment des vertiges, qu'à la suite de fatigues, après l'ascension d'un escalier par exemple.

20 octobre. Le malade a une toux fatigante, presque continuelle expectoration peu abondante, muqueuse, avec quelques crachats sanguinolents, semblables aux crachats d'apoplexie pulmonaire.

Le malade a une sensation de froid surtout dans la partie supérieure du tronc.

Le 25. La cyanose a diminué, de même que l'œdème.

Le 30. Nouveaux crachats sanguinolents, toujours en aussi petite quantité. Aucun signe stéthoscopique nouveau.

3 novembre. La cyanose a presque complètement disparu lorsque le

(1) Voir *France médicale*, n° 68, p. 805.

malade est au repos, et l'œdème ne persiste (et très peu intense) qu'au niveau du thorax. Tous les troncs veineux sous-cutanés du thorax et de l'abdomen ont considérablement augmenté de volume et sont tortueux. Le soulèvement de la peau produit par les battements des vaisseaux du cou est à peine visible.

Le 10. Disparition complète de l'œdème à la face, au cou, au bras, et très léger œdème au tronc ; cyanose très faible au repos ; mais si l'on fait exécuter au malade des mouvements un peu brusques, la teinte cyanique reparaît, ainsi qu'un certain degré de bouffissure faciale. Le thrill a beaucoup diminué, mais le souffle présente la même intensité.

Si l'on se reporte aux détails que nous avons donnés dans le cours de cette observation, il est impossible de méconnaître l'existence d'un anévrysme de la crosse aortique, laquelle communique avec la veine cave supérieure.

Cette observation est intéressante non seulement par la rareté de la maladie, car c'est le neuvième cas connu, mais aussi par la marche qu'ont suivie les symptômes.

A part le début brusque des accidents qui se trouve noté dans toutes les observations, notre cas est remarquable par la netteté des phénomènes qui ont marqué le rétablissement de la circulation veineuse ; en effet, nous voyons que la cyanose a ouvert la scène de la stase sanguine, le lendemain au réveil il existait déjà de l'œdème à la face, au cou et au bras droit ; le surlendemain (10 octobre), non seulement l'œdème avait gagné toute la partie supérieure du tronc et le bras gauche, mais on observait en outre des plaques violacées formées de petits vaisseaux arboriformes et variqueux depuis le tronc jusqu'au cou ; au bout de quelques jours (12 octobre), les branches veineuses plus grosses ont commencé à se dilater.

Le 3 novembre, c'est-à-dire vingt-six jours après le début ; toutes les veines du tronc, des membres supérieurs et de la racine des cuisses sont très développées ; la cyanose de même que l'œdème ont presque complètement disparu, surtout la cyanose, au moins quand le malade est au repos ; par contre, dès qu'il fait un effort ou quand il exécute des mouvements brusques et répétés qui accélèrent la circulation, le visage se bouffit de nouveau, le facies se congestionne et les téguments reprennent une teinte vineuse très intense.

Le rétablissement de la circulation veineuse, dans ce cas, se fait par trois grandes voies différentes, comme l'ont très bien démontré Deckert (dissertation inaugurale à Berlin en 1823), M. Oulmont et Goupil (thèse de doctorat, 1855) :

1° Par les plexus rachidiens, communiquant avec la veine cave inférieure par l'intermédiaire de la veine hypogastrique ;

2° Par les veines azygos;

3° Par les veines mammaires internes, épigastriques, intercostales et diaphragmatiques.

Si nous insistons sur les phénomènes dus à la stase veineuse, c'est à cause de leur importance pour le diagnostic de l'affection.

Nous devons remarquer aussi l'absence de perte de connaissance, de palpitations et de douleur thoracique au moment de l'accident.

Dans le cas actuel, M. Damaschino a diagnostiqué un anévrysme artérioso-veineux, en se basant non seulement sur le début soudain de la cyanose, mais aussi sur la rapidité d'apparition de l'œdème et les varicosités de petites veinules et sur les caractères du souffle (continu avec renforcement systolique).

En effet, on a quelquefois signalé dans l'affection qui nous occupe un souffle différent de celui que nous avons décrit; mais on n'observe dans aucune autre lésion du cœur ou des vaisseaux de la base un souffle absolument continu avec renforcement systolique, sans qu'il y ait communication entre deux cavités cardiaques voisines.

Nous ne croyons pas à la simple compression de la veine cave supérieure, à cause de l'apparition brusque de la cyanose et de l'œdème, qui ne s'observe pas dans la simple compression, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause. On sait en effet que dans les cas de compression, la cyanose et l'œdème surviennent lentement, progressivement, et il faut un certain nombre de jours ou de semaines pour que ces symptômes acquièrent un aussi haut degré de développement. De plus, quoique dans notre observation le rétablissement de la circulation veineuse se soit effectué presque complètement, comme cela arrive dans les cas de compression, il faut remarquer que les signes stéthoscopiques persistent encore aujourd'hui sans aucune modification.

Pour les mêmes raisons, nous éloignons l'idée d'une compression d'une des veines innominées; nous n'admettons pas non plus la possibilité d'une communication d'un de ces troncs veineux avec l'aorte, puisque dans ce cas les phénomènes d'infiltration seraient unilatéraux.

En résumé, il existe chez notre malade un anévrysme de la crosse de l'aorte, lequel forme tumeur dans la première partie de ce tronc artériel; il y a en outre une communication de la poche avec la veine cave supérieure, ainsi s'expliquent tout à fait les symptômes de tumeur anévrysmale avec le double souffle râpeux perçu à la partie interne du troisième espace intercostal et le souffle continu avec renforcement systolique et le thrill si nettement constatés au-dessous de la clavicule droite et propagés dans les gros vaisseaux de la base du cou et le long de l'aorte thoracique.

REVUE DE LA PRESSE

—

DES NÉVRALGIES DANS LE DIABÈTE.—Le professeur *Drasche* (*Wiener med. Woch.*, nos 1 et 2, 1882) ajoute aux faits déjà rapportés par M. Worms, dans une communication récente à l'Académie de médecine, deux nouveaux cas de névralgie symétrique dans le diabète. On avait déjà signalé l'existence, dans la glycosurie, de névralgies intenses occupant les nerfs périphériques, surtout le sciatique et le nerf dentaire inférieur, mais jusqu'à ces derniers temps on n'avait pas rapporté d'observation de névralgie symétrique. Dans les cas de M. Worms, on se le rappelle, les névralgies occupaient des points homologues dans les nerfs sciatiques et dentaires inférieurs, leur intensité était en rapport avec la proportion de sucre trouvée dans les urines; elles résistaient à tous les moyens habituellement employés contre les névralgies et ne cédaient qu'à un régime antidiabétique sévère. Ces névralgies sont des plus douloureuses et M. Worms les range dans la catégorie des névralgies diathésiques comme celles qui se montrent dans la goutte et dans l'empoisonnement saturnin.

Drasche a rapporté deux cas, dans l'un les névralgies étaient symétriques, dans l'autre elles étaient unilatérales. L'intensité de la douleur était en rapport avec l'intensité de la glycosurie. Dans un cas les douleurs s'exaspéraient régulièrement après les repas.

L'auteur arrive à cette conclusion qu'il peut exister dans le diabète une certaine forme de névralgie tirant son origine de l'action toxique exercée par le sucre sur les nerfs périphériques; en second lieu que cette névralgie est plus souvent symétrique qu'unilatérale et qu'elle peut coexister avec des degrés divers de glycosurie, la douleur variant avec la quantité de sucre et n'étant combattue avec succès que par un régime visant la maladie générale. Désormais, toutes les fois qu'une névralgie persistera malgré les traitements habituels, il faudra penser au diabète.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

Séance du 13 *juin* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE comprend une lettre de M. le professeur B. Ball, se portant candidat à la place de membre titulaire vacante dans la section de pathologie médicale.

M. le secrétaire général communique de la part de *M. Béchamp*, membre correspondant, le résultat des expériences faites par celui-ci sur l'eau oxygénée.

M. Fournier présente en son nom un volume comprenant une série

de leçons sur l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. M. Fournier pense qu'on peut retrouver à l'ataxie locomotrice une origine syphilitique dans 93 cas sur 100.

M. Depaul présente de la part de M. le Dr Mascarel (du Mont-Dore) un travail sur le danger des douches vaginales.

M. le président annonce que dans la prochaine séance l'Académie se formera en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de membre correspondant national.

Un cas de rage guéri par la pilocarpine. — *M. Denis-Dumont.* Le 21 mai 1882, un homme de 38 ans, atteint de rage, fut amené à l'Hôtel-Dieu de Caen; il avait été mordu le 16 avril au soir à l'avant-bras gauche par un chien qu'il ne connaissait pas. Le lendemain, cet homme apprit que le même chien avait mordu deux autres personnes et qu'on le disait enragé. Une femme mordue fut prise de la rage et mourut le 20 mai. En apprenant ce fait, le malade devient très agité; il est bientôt pris d'une soif vive, mais il n'avale qu'avec une grande difficulté. En même temps, une violente constriction le prend à la gorge, il se sauve dans la campagne où il gratte la terre avec ses ongles et mord des cailloux.

Dans ces premières crises le malale cherche à mordre, il porte à sa bouche et mord tout ce qui est à sa portée. En essayant de le faire boire, en mettant dans sa bouche le goulot d'une bouteille, on provoque une nouvelle crise.

Arrivé à l'Hôtel-Dieu, il est placé dans une chambre à part; il est triste, inquiet, il demande à boire, et chaque essai lui provoque des crises après lesquelles il retombe dans son affaissement, d'où il n'est tiré que par des secousses dans les jambes.

Il perd brusquement connaissance, s'agite dans son lit, la figure vultueuse, il mâchonne et claque des dent. Les bras se raidissent, les jambes sont animées de convulsions; puis le retour à la connaissance se fait promptement. Dans le courant de la nuit, il pousse plusieurs fois des cris rauques.

M. Denis-Dumont lui fait faire au bras des injections sous-cutanées de morphine sans résultat, de même des lavements de bromure de potassium, à la dose de 6 grammes, ne provoquent en rien le sommeil.

La plaie de la morsure s'est rouverte et prend un aspect violacé.

Dans le but de provoquer une sueur abondante, on fait le matin, à 9 heures 1/4, une injection de 1 centigramme de chlorydrate de pilocarpine.

On en fait ainsi trois dans la journée. Depuis la crise provoquée par la première piqûre, le malade n'en a plus qu'une à 3 heures 1/2. Le soir, le malade est mieux, la nuit est calme et le malade a pu

M. Blanche cite quelques autres exemples de rémissions très prolongées.

M. Luys ne nie pas en principe ces longues rémissions, mais il n'en a jamais vu, il n'en a jamais trouvé, dit-il, d'observation réellement scientifique.

M. Blanche revient sur l'observation de la malade guérie après quinze ans et que M. Luys trouve trop incomplète pour pouvoir servir à quelque chose. Mais si M. Blanche n'a donné qu'un résumé de cette observation, comme il convient de le faire en pareil cas pour ne pas laisser reconnaître la malade, il ne s'ensuit pas que les notes n'aient pas été prises avec la plus grande attention. M. Luys, après avoir traité cette observation de « vaguement anecdotique », doute que la malade ait réellement recouvré la guérison. M. Blanche possède une assez longue expérience pour qu'on puisse croire qu'il sait discerner un aliéné d'un individu sain d'esprit.

Si M. Blanche le pouvait, il y a bien d'autres malades guéris qu'il pourrait montrer à M. Luys, en particulier une autre qui a été également vue par M. Moutard-Martin; M. Blanche a revu tout récemment cette dame pour donner des soins à son enfant idiot.

M. Blanche ne s'arrêtera pas longtemps aux arguments d'ordre sentimental. M. Luys lui reproche d'avoir mis en lumière le tableau de l'aliéné, en laissant dans l'ombre le tableau non moins intéressant du conjoint ainsi attaché à l'aliéné diminué de la meilleure partie de lui-même. Il ne peut se décider à ne pas considérer l'aliéné comme un malade semblable à tous les autres. Il est plus digne d'intérêt que les autres, puisqu'il lui est impossible de se soigner lui-même.

A quatre heures vingt minutes, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre la lecture de divers rapports sur les prix.

BIBLIOGRAPHIE

—

DES APPAREILS ÉLECTRO-MÉDICAUX A L'EXPOSITION D'ÉLECTRICITÉ, par le Dr *E. Neumann*. In-8, 32 p. Paris, O. Doin, 1882.

Ce travail est une étude critique des appareils électro-médicaux qui ont figuré à l'exposition d'électricité. La description des instruments est précédée d'un aperçu historique des diverses phases par lesquelles a passé l'électricité médicale depuis le milieu du XVIIIe siècle jusqu'a nos jours (électricité statique, galvanisme, courants d'induction, métallothérapie).

La première partie est consacrée à l'étude des machines électrostatiques (machines de Holtz, de Carré, etc.). La deuxième classe comprend les piles et les batteries à courants continus. Les principaux appareils galvaniques usités dans les applications médicales

sont les piles du type Daniell, les piles du type Leclanché, les piles au chlorure d'argent. Dans les opérations de galvanocaustique thermique, c'est la pile de Grenet qui est utilisée de préférence. La pile secondaire de M. Gaston Planté est destinée surtout à la petite chirurgie.

Les questions d'électrométrie se trouvent résumées très sommairement dans la troisième partie qui a trait aux instruments accessoires (galvanomètre, rhéostat).

Viennent ensuite les appareils d'induction, appareils ordinaires, appareils à interruptions régulières indispensables au médecin tant pour l'exploration électrique, pour l'étude de la contractilité électro-musculaire, que pour le traitement de certaines affections du système nerveux (atrophie musculaire progressive, paralysie infantile, contractures, etc.). Il importe en effet de pouvoir graduer et limiter le nombre de secousses; on évite de cette façon l'épuisement du muscle, les contractions réflexes, ainsi que les phénomènes d'excitation générale qui accompagnent le plus souvent l'électrisation pratiquée avec les appareils ordinaires, dont les oscillations sont au nombre de 30 par seconde.

Dans la dernière classe se trouvent rangés les appareils qui se rapportent aux dernières inventions faites dans le domaine de l'électricité (téléphone, microphone). Parmi ces instruments, un des plus intéressants et des plus curieux est sans contredit l'explorateur chirurgical de Hughes, à l'aide duquel, au moyen d'une simple application extérieure, on peut localiser le siège d'un projectile et déterminer exactement la profondeur à laquelle il est situé dans les organes.

Cette revue des instruments est suivie de considérations pratiques dans lesquelles se trouvent résumées les diverses applications de l'électricité au diagnostic et au traitement des maladies du système nerveux.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 29 mai au 3 juin 1882.

Jacquet. De quelques accidents produits par l'abus de la morphine. — De Gouyon. Contribution à l'étude du traitement de la pleurésie aiguë. — Chayé. Signes et diagnostic de la grossesse extra-utérine. — Nakachian. Maladie de Ménière. — Bontemps. Mort subite chez les jeunes enfants. — Beaumont. Recherches sur les lésions qui prédisposent à la rupture spontanée du cœur. — Levassort. Le rhumatisme chronique en Normandie. — Giraud. De l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et des questions médico-légales qui s'y rattachent.

NÉCROLOGIE

M. le Dr VILLENEUVE, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine et ancien chirurgien en chef de la Maternité de Marseille, vient de mourir dans cette ville.

M. le Dr GÉNIE, médecin aide-major au 1er chasseurs d'Afrique, vient de mourir des suites d'une grave maladie contractée sous l'influence des fatigues d'une expédition dans le sud oranais.

M. le Dr Charles BOUYER vient de mourir à Saintes à l'âge de 77 ans.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Houzé de l'Aulnoit, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer par M. Paquet, professeur de médecine opératoire. — M. le Dr Hermann, préparateur des travaux d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours d'anatomie pathologique et de pathologie générale en remplacement de M. Kelsch, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. le Dr Etienne, prosecteur à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite Faculté, en remplacement de M. Chrétien, nommé professeur.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Le concours pour deux places de chirurgien adjoint s'est terminé par la nomination de MM. Michel et Lauzet.

Le concours pour trois places de médecin adjoint s'est terminé par deux nominations seulement, celles de MM. Laget et Fioupe, tous deux anciens internes des hôpitaux de Paris.

HÔPITAL DE BERCK-SUR-MER. — *Concours pour l'internat.* — Ce concours a commencé le jeudi 8 juin. Quatre candidats s'étaient fait inscrire pour la place vacante. Le jury se composait de MM. Bergeron, Hanot et Schwartz. La composition écrite a porté sur le sujet suivant : *Ligaments de l'articulation coxo-fémorale. Signes de la coxalgie.*

HÔPITAUX D'ALGER. — *Concours.* — Quatre concours s'ouvriront successivement cette année, aux dates suivantes, à l'hôpital de Mustapha-Alger : 1° Le premier concours aura lieu le lundi 23 octobre pour la nomination, pour trois ans, à cinq places d'élèves internes en médecine et en chirurgie ; 2° Le second concours aura lieu le lundi 30 octobre, pour la nomination, pour deux années, à huit places d'élèves externes en médecine et en chirurgie ; 3° Le troisième concours aura lieu le 8 novembre, pour la nomination à trois places de médecin-adjoint ; 4° Le quatrième concours aura lieu le 8 novembre, pour la nomination à deux places de chirurgien-adjoint, dont une de nouvelle création. — Pour les conditions de ces concours, s'adresser au secrétariat de la commission administrative des hôpitaux d'Alger.

SÉNAT. — Le Sénat compte un médecin de plus. Le Dr Brugerolles a été nommé dimanche sénateur du Cantal, par 212 voix contre 105 données à son concurrent.

Conseil général de la Seine. — Dans sa séance du 12 juin le Conseil général de la Seine a décidé que les aliénés du département de la Seine actuellement en traitement dans l'Asile de Clermont (Oise) seraient transférés à Maréville. Cette mesure était nécessitée par l'encombrement (!) des malades traités dans l'Asile de Clermont.

Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse. — *Programme des Prix et Médailles pour* 1883 *et* 1884. — La Société rappelle qu'elle a proposé, pour sujet de prix à décerner en 1883, la question suivante : *Des falsifications des boissons alimentaires; des moyens de les reconnaître et de les réprimer.* — Le prix est de 300 fr.

Pour le prix Jules Naudin, qui sera décerné en 1883, la Société propose la question suivante : *Comment meurent les goutteux? Étude clinique et thérapeutique.* — Le prix est de la valeur de 1 000 francs.

Une prime de 200 francs pourra être accordée, en sus, pour concourir aux frais de l'impression, qui devra avoir lieu dans l'année.

Elle propose, pour le prix de l'année 1884, la question suivante : *Etude comparative des trois vaccins? Auquel faut-il donner la préférence?* — Le prix est de 300 francs.

Conditions générales du concours. — Les mémoires écrits lisiblement en français ou en latin seront seuls admis à concourir. Ils devront être adressés, *franco de port*, à M. le secrétaire général avant le 1er janvier de l'année dans laquelle le prix doit être décerné, terme de rigueur. Ils seront accompagnés d'une épigraphe ou devise qui sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Les mémoires dont les auteurs se seraient fait connaître directement ou indirectement, ceux qui auraient été déjà publiés ou présentés à une autre Compagnie savante ne seront pas admis à concourir.

Les mémoires manuscrits sur divers sujets, destinés au concours des médailles d'encouragement, devront parvenir *franco* à M. le secrétaire général, avant le 1er mars de chaque année.

Les membres résidants de la Société ne peuvent prendre part aux divers concours.

Les manuscrits des mémoires jugés par la Société deviennent sa propriété; toutefois, les auteurs peuvent en faire prendre copie, à leurs frais, sans déplacement, en s'adressant pour cela au Secrétariat général.

La séance publique annuelle, dans laquelle sont proclamés les résultats des divers concours, a lieu invariablement du 1er au 15 mai.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. Delahaye et Em. Lecrosnier, *place de l'Ecole-de-Médecine.*

Chirurgie antiseptique et théorie des germes. Œuvres réunies de Lister, traduit par le Dr Borginon. 1 vol. in-8. 10 fr.

Les névralgies, leurs formes et leur traitement, par le professeur Vallair. 2e édition. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. 8 fr.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Succ' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 3

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. PARENT, A. DAVY, Successeur
31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 70 SAMEDI 17 JUIN 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

31.

EPILEPSIE, HYSTERIE, NEVROSES
ET MALADIES DU CERVEAU

Sirop de Henry Mure, au BROMURE DE POTASSIUM, dont l'usage est aujourd'hui... lement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées... cueils scientifiques (*Système nerveux, cerveau et moelle épinière*).

Chaque cuillerée du **Sirop de Henry Mure** contient 2 grammes de BROMURE DE PO... d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 FRANCS

Vente au détail, — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.
Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit ...



LITS ET FAUTEUILS MÉCANIQUES
POUR MALADES & BLESSÉS

VENTE ET LOCATION

DUPONT, à PARIS
10, rue Hautefeuille (coin r. Serpente. B. ...



OUVERT. FERMÉ.

Fauteuil à ...

GRAVELLE
DYSURIE, CYSTITE *et toutes les Inflammations de la Vessie et des reins sont infailliblement guéries par le Thé et les Pilules de Stigmates de Maïs.*

LA BOITE DE PILULES : 2 fr. | FRANCO
LA BOITE DE THÉ : 0f 60 | par la poste

PHARMACIE NORMALE 19, rue Drouot, PARIS

BAIN DE PENNES
HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIM...
Remplace Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux, surtout les Bains de mer...
ÉVITER CONTREFAÇONS EN EXIGEANT ...
DÉTAIL : rue des Ecoles 49, Pharmacie...
GROS : 2, rue Latran, PARIS

BALARUC-LES-BAINS
PRÈS CETTE (HÉRAULT)

Eau chlorurée sodique, mangésienne, bromurée cuivreuse. — **Saison du 1er mai au 1er novembre.**

Guérison des maladies du cerveau et de la moelle, apoplexie, paralysie, ataxie locomotrice, scrofules, rhumatisme, faiblesse, engourdissement des membres, névroses, troubles du tube digestif, suite de blessures, fractures.

Bains, douches, vapeurs et boues thermales.



(Formule du Codex ...)
ALOÈS & GOMME...
Le plus ...
PURGA...
très imité ...
L'étiquette ...
mée en 4 COULEURS
des BOITES BLEUES
la marque ...
Dépôt Ph. LEROY ...
ET TOUTES LES ...

POUGUES
rendre une bout. au repas contre GASTRALGIES, DYSPEP...

Affections DE LA VESSIE Gravelle, Coliques Néphrétiques, Calculs, Catarrhe, Cystite.
BLENNORRHAGIE. ICTÈRE. GOUTTE. RHUMATISMES

GUÉRISON RAPIDE PAR LA
LIQUEUR PEPY
à l'Arenaria Rubra, Flac. 10 jours traitement 4 f., p'poste 4f 50
Thé d'Arenaria Pepy pour le même usage. Prix 2 f., Fco 2f 20
Pilules Pepy à l'Arenaria Rubra. 100 pil. 3 f. Fco 3f 30
PARIS, 79, Bd Strasbourg. Ph. ... et toutes pharmacies

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX ...
Pullna (Bohème). GRAND...
Philadelphie, 1876 ...
Sidney, 1879, Melbourne ...

29e Année. — Tome I. — N° 70 Samedi 17 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

De la valeur des respirations anormales comme signe du début de la tuberculose pulmonaire commune (1).

Par J. Grancher,

Agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Necker.

Tous les auteurs, depuis Andral, décrivent avec soin les respirations anormales que l'on peut observer au début de la tuberculose pulmonaire ; tous les livres classiques enseignent que la respiration *rude*, la respiration *saccadée*, la respiration *affaiblie*, sont des signes d'une grande valeur. L'accord est à peu près unanime sur ce point, et les divergences ne commencent à se produire que l'orsqu'il s'agit d'établir le degré d'importance de tel ou tel de ces signes par rapport aux autres.

Mais, par une contradiction singulière, ces mêmes livres qui, au chapitre de la *symptomatologie*, vantent l'importance des respirations anormales, font, au chapitre du *diagnostic*, de telles restrictions qu'il semble impossible d'affirmer la tuberculose, quand ce signe est isolé, c'est-à-dire quand il n'existe pas, en même temps que lui, d'autres signes fournis par la percussion et par la palpation. Le diagnostic de la tuberculose ne serait pratiquement possible que si la respiration *rude*, ou *saccadée*, ou *faible*, se trouve associée à des craquements et à la submatité.

Tel est l'ensemble des signes physiques que les classiques, MM. Barth et Roger en tête, croient nécessaires pour affirmer le début de la tuberculose pulmonaire, c'est-à-dire la présence des tubercules crus. Quelques médecins attachent cependant une importance considérable à la respiration saccadée, et ont tendance à la considérer comme caractéristique, à elle seule, du processus tuberculeux.

En fait, la jurisprudence médicale est loin d'être fixée sur ce point, et la pratique de tous les jours, en ville et à l'hôpital, montre quelle incertitude règne sur le moment où il est permis de faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire. La plupart des médecins, fidèles aux enseignements classiques, attendent, pour se décider, ou la submatité, ou même les craquements. La plupart méconnaissent les respirations anormales, ou, du moins, n'en tirent aucune conséquence diagnostique et pronostique, jusqu'à ce que la percussion et la palpation aient fait percevoir une submatité nette, et une augmentation des vibrations vocales.

Alors, seulement, ils portent le diagnostic de tuberculose à la première période.

(1) Résumé d'une communication à la Société médicale des hôpitaux.

Cette manière d'envisager les choses est dangereuse et erronée, car elle laisse au tubercule le temps de croître, et elle repose sur une connaissance imparfaite de son développement. Le tubercule cru, c'est-à-dire congloméré, réuni en masse suffisante pour modifier la sonorité thoracique ainsi que les vibrations, représente une étape déjà très éloignée du début de la tuberculose. Ces tubercules adultes, formés, par la réunion de follicules tuberculeux, n'arrivent à cet état, au moins dans la tuberculose, commune, que très lentement. Avant eux, et pendant une période de temps quelquefois très longue, qu'on peut appeler période de germination, le tubercule est à l'état embryonnaire, c'est-à-dire composé de corpuscules à peine visibles à l'œil nu, et dispersés discrètement dans les lobules pulmonaires.

Dans cet état, le processus tuberculeux est représenté par des lésions si minimes que ni la sonorité, ni les vibrations physiologiques n'en sauraient être atteintes. Seul, le murmure vésiculaire est altéré. Plus tard, seulement, après des semaines, des mois, ou même des années, la submatité apparaîtra, ainsi que les craquements.

Dès lors, la question qui se pose est la suivante : *L'une quelconque des respirations anormales suffit-elle à elle seule pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire ?*

A cette question, je n'hésite pas, pour ma part, à répondre par l'affirmative. Oui, ces respirations anormales suffisent pour le diagnostic dans certaines conditions qu'il s'agit de déterminer.

Contrairement à l'opinion de quelques médecins, je pense que les modifications pathologiques de *l'inspiration* ont une plus grande valeur que celle de l'*expiration*, d'une part parce qu'elles sont beaucoup plus précoces, d'autre part parce que l'inspiration a partout la même note, et ne diffère dans les divers points de la poitrine que par une intensité plus ou moins grande selon les régions. Elle est identique dans les régions symétriques, droites et gauches ; au contraire, l'expiration varie d'intensité même à l'état physiologique, selon le côté que l'on examine et aussi selon le mode respiratoire du malade.

Pour ces deux raisons, il importe donc surtout d'étudier au début de la tuberculose le temps de l'inspiration.

La chose est vraie surtout pour l'inspiration *rude* qui, selon moi, des trois respirations anormales précitées, a la valeur principale, parce que c'est elle que l'on observe plus fréquemment, et aussi parce qu'on l'observe longtemps avant les autres.

Ce type de respiration anormale présente trois degrés que l'on désigne ordinairement sous les noms de respiration *granuleuse*, respiration *rude* et *râpeuse*, et qui correspondent naturellement à des lésions de plus en plus considérables.

A son degré le plus faible, l'inspiration rude ne constitue, il est

vrai, qu'une nuance, dont la perception est délicate, et nécessite une assez grande habitude de l'auscultation. Néanmoins on arrive à la percevoir en auscultant exclusivement une série d'inspirations sous les clavicules droite et gauche, et en les comparant.

D'habitude, la rudesse de l'inspiration coïncide avec un abaissement de sa tonalité; dans ces circonstances, l'inspiration et l'expiration donnent la même note, tandis qu'à l'état physiologique, elles sont séparées par un ton. La sensation que donne cet abaissement de tonalité est quelquefois plus perceptible, même pour une oreille peu exercée, que celle qui résulte de la rudesse proprement dite. Ces signes s'entendront surtout sous les clavicules: dans les fosses sus-épineuses, l'auscultation est trop difficile pour permettre de reconnaît- de telles nuances.

Cette respiration *rude* et *basse* est le plus souvent réalisée par la présence des tubercules, mais elle peut aussi être en rapport avec la congestion pulmonaire, et avec l'inflammation superficielle des petites bronches. Il faut donc, pour qu'elle ait sa valeur de définition de la tuberculose, qu'elle se produise dans certaines conditions.

Elle doit être *localisée* au sommet du poumon, et, en second lieu, elle doit être *permanente*, c'est-à-dire, persister sans modifications pendant des semaines ou des mois.

En pareil cas, lors même que l'inspiration rude tiendrait à une congestion pulmonaire, ou à une bronchite chronique, la circonscription de ces lésions au sommet et leur fixité prouveraient qu'elles sont secondaires, et imposerait le diagnostic de tuberculose.

Il va sans dire, d'ailleurs, que l'on doit tenir un grand compte des symptômes généraux et des phénomènes rationnels que présentent presque toujours les malades. Mais les symptômes de cet ordre manquent quelquefois, ou sont peu apparents.

La respiration *saccadée* constitue aussi un bon signe de tuberculose; mais elle est, à mon avis, bien moins fréquente que la précédente, et elle se montre beaucoup plus tard. En outre, sa pathogénie est encore plus complexe que celle de l'inspiration rude, et, par conséquent, les chances d'erreur auxquelles elle expose sont plus nombreuses.

Quant à la respiration *faible*, elle est certainement plus commune que la respiration saccadée, mais elle s'observe à une période encore plus avancée, ce qui diminue son importance.

Il va de soi que je ne fais allusion ici qu'à la forme commune de la tuberculose, à marche lente ; car, dans les formes aiguës ou subaiguës, à type pneumonique ou pleurétique, la respiration faible joue au contraire un rôle prépondérant.

J'arrive donc aux conclusions suivantes : Vu la nécessité de faire le plus tôt possible le diagnostic de la tuberculose, il faut attacher aux

respirations anormales une valeur plus grande qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

Quand elles sont *localisées* à un sommet, surtout au sommet gauche, et *permanentes*, ces respirations anormales ne permettent pas seulement de faire le diagnostic, elles l'imposent à elles seules, sans aucune modification du son ni des vibrations vocales, sans aucun signe adventice, craquements, etc...

Ces respirations anormales sont, par ordre d'importance, l'inspiration *rude* et *basse*, la respiration *saccadée*, et la respiration *affaiblie*.

L'inspiration rude et basse est celle qui a la plus grande valeur, parce qu'elle est la plus fréquente et la plus précoce.

Ces conclusions ne sont pas applicables aux malades qui ont souffert antérieurement d'une pleurésie généralisée, d'une pneumonie, ou de toute autre maladie grave de la plèvre ou du poumon.

Elles ont au contraire le maximum de leur valeur chez les jeunes gens et les jeunes filles suspects, pour quelque raison que ce soit, d'un processus tuberculeux.

REVUE DE LA PRESSE

Du noyer cendré comme anti-abortif. — Le Dr *W.-L. Bell Morrelton* rapporte (*Medical Brief*, mai 1882) plusieurs cas dans lesquels le fruit du noyer cendré (Juglans cinerea), donné sous forme de sirop composé, a été d'une efficacité réelle pour empêcher l'avortement. Il emploie la formule suivante :

℞ Extrait de jusquiame......	4	grammes.
Extrait de noyer cendré ...	4	—
Huile de sassafras........	2	—
Bicarbonate de soude	15	—
Sirop simple.............	180	—
M.		

Ce mélange doit être donné par cuillerée à café trois fois par jour, depuis le moment où l'on craint l'avortement jusqu'à la fin de la gestation.

Le même auteur a employé également le noyer cendré contre la scrofule et en injections dans les pertes blanches. Un pharmacien de Paris, M. Tanret, a découvert dans cet arbre un alcaloïde, mais on ne sait rien de ses propriétés.

Les observations du Dr Bell paraissent être les premières dans lesquelles le médicament a été employé contre l'avortement.

Influence de certains médicaments sur la sécrétion du lait. — Le Dr *Max Stumpf*, de Munich, a fait sur ce sujet des recherches cliniques et expérimentales ; voici, d'après les *Deutsches Archiv f.*

Klin. Med., janvier 1882, les conclusions qu'il a été amené à poser après avoir étudié l'action d'un certain nombre de remèdes sur la sécrétion du lait de la femme :

a. Altération de quantité.

1° L'iodure de potassium amène une diminution considérable dans la quantité totale du lait ;

2° L'alcool, la morphine et le plomb n'altèrent en rien la quantité secrétée ;

3° L'acide salicylique paraît augmenter légèrement l'abondance du lait ;

4° La pilocarpine ne favorise en rien cette sécrétion.

Il est un médicament dont l'auteur ne parle pas et qui cependant nous paraît avoir sur la sécrétion lactée une influence beaucoup plus considérable que ceux qu'il a signalés, c'est l'ergot de seigle.

Une femme de 22 ans, accouchée très heureusement, nourrissait son enfant depuis un mois, lorsqu'elle fut prise d'une attaque violente de rhumatisme articulaire aigu. Nous avons employé dans ce cas l'ergotine dont nous croyons avoir signalé le premier l'heureuse influence dans le rhumatisme articulaire aigu. (V. *France médicale*, 1880, n° 91, p. 724). La fièvre et la tuméfaction des articulations diminuèrent rapidement, mais le lait, qui venait assez abondamment, diminua avec la même rapidité. Au bout de deux jours nous cessâmes l'ergotine ; le lait revint en même temps que les douleurs articulaires , mais moins abondant ; un nouvel essai de l'emploi de l'ergotine amena de même la cessation des douleurs et du gonflement et la diminution de la sécrétion lactée, mais cette fois nous devons dire que malgré l'abandon immédiat du médicament le lait ne reparut pas. La sécrétion lactée qui était assez abondante cessa complètement et d'une manière définitive.

L'action de l'ergotine dans ce cas ne nous paraît pas douteuse; on peut d'ailleurs l'expliquer par la contraction des vaisseaux anémiant par suite les mamelles et n'apportant plus les éléments nécessaires à la formation du lait. C'est ainsi d'ailleurs que nous expliquons son action dans la tuméfaction articulaire du rhumatisme aigu ; c'est ainsi également qu'elle nous paraît agir dans le traitement de la polyurie, comme dans le fait signalé par M. Rendu. (*Voir. France méd.* 1878, n° 17, p. 129.)

Reprenons la classification de Max Stumpf.

b. Changement dans la qualité.

1° L'iodure de potassiun trouble le fonctionnement des glandes au point de rendre incertaines les modifications dans la qualité.

2° L'alcool et les boissons alcooliques augmentent seulement les éléments gras du lait. Il n'y a pas de nourriture spéciale qui puisse augmenter la sécrétion lactée.

3° Le plomb, la morphine et la pilocarpine n'affectent que peu ou même point la qualité du liquide.

4° L'acide salicylique semble augmenter la quantité du sucre.

c. Elimination des poisons par le lait.

1° L'iode passe entièrement dans le lait et chez la femme il disparaît rapidement dès qu'on cesse de l'administrer ; chez les herbivores il persiste plus longtemps. En ce qui concerne la proportion d'iode éliminée par cette voie, il ne paraît pas y avoir de relation constante avec la dose ingérée et cette proportion varie avec les individus. L'emploi thérapeutique du lait ioduré ne peut donc être soumis à des règles. Le médicament est éliminé non sous la forme de sel alcalin, mais à l'état de combinaison avec la caséine.

2° Chez les herbivores l'alcool ne passe pas dans le lait.

3° Le plomb ne laisse passer que des traces, mais on en retrouve pendant plusieurs jours après que l'on a cessé l'ingestion du remède.

4° L'acide salicylique, lorsqu'il est donné à haute dose, apparaît également dans le lait en très petite quantité, et chez l'homme plus que chez les animaux inférieurs.

AMAND CHEVALLEREAU.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 juin 1882. — *Présidence* de M. LABBÉ.

RAPPORT, par *M. Polaillon*, sur plusieurs observations envoyées par M. Martel, médecin militaire.

1° Influence d'un traumatisme ; gangrène de la main consécutive à un phlegmon diffus ; sur l'apparition d'un accès de manie aiguë.

2° Rupture de la vésicule biliaire, mort par péritonite aiguë. La vésicule ne contenait pas de calcul, il n'y avait pas de contusion de la paroi abdominale, ni de lésions du foie.

3° Variété rare de cancer du sein. L'examen histologique, fait par M. Cornil, a démontré l'existence d'un épithélioma tubulé des conduits galactophores, ayant soulevé le mamelon et formant une petite tumeur très limitée.

CARACTÈRES ET NATURE DE L'ARTHRITE FONGUEUSE. — Dans sa dernière séance, la Société de chirurgie avait décidé de placer la question des fongosités articulaires à son ordre du jour.

M Lannelongue a commencé aujourd'hui une très intéressante communication qui sera continuée prochainement. Nous nous réservons d'insister davantage sur ce remarquable travail, lorsque nous pourrons présenter l'ensemble de la question.

M. Lannelongue rappelle qu'au point de vue anatomo-pathologique il admet deux variétés de fongosités. Les unes simples, dé-

pendant d'une nécrose, ayant peu de tendance à l'envahissement et disparaissant le plus souvent avec le séquestre.

Dans la fongosité tuberculeuse, au contraire, il existe un agent virulent, spécifique, très facile à voir sous le microscope, c'est le nodule tuberculeux ; il agit comme corps irritant et aussi comme agent spécifique infestant les parties voisines et pouvant prendre une extension illimitée. Des foyers caséeux se forment à une période plus avancée, et peu à peu l'envahissement se fait de proche en proche.

Mais cette lésion retentit sur l'économie tout entière. M. Lannelongue donne le résumé de trente-huit autopsies de tuberculose osseuse ou articulaire ; dans presque tous les cas les viscères, et particulièrement le poumon, présentaient des lésions tuberculeuses plus ou moins avancées.

Décrivant les lésions osseuses et articulaires, il montre que, du côté de l'os, la lésion commence presque toujours par le centre de l'épiphyse et envahit secondairement soit du côté de la diaphyse, soit du côté de la cavité articulaire.

Il existe souvent dans l'épaisseur de l'épiphyse une cavité remplie de fongosités, de petits séquestres, enfin de sanie purulente ; cette cavité communique quelquefois avec l'articulation. Les lésions de la synoviale sont variables, mais toujours, dans ce cas, on rencontre l'élément fondamental, le nodule tuberculeux. Il n'est pas jusqu'aux abcès par congestion, qui semblent être comme un prolongement de la synoviale altérée, dont les parois sont couvertes d'éléments tuberculeux.

Dans la prochaine séance, M. Lannelongue entrera dans le détail des faits et des expériences qui l'ont conduit à ces résultats.

TUBERCULOSE PRIMITIVE DE L'IRIS. — *M. Poncet* (de Cluny) fait une communication sur un cas très rare de tuberculose de l'iris. Le malade avait été observé par un médecin de province. Il s'agissait d'un jeune homme de 18 ans, n'ayant aucun antécédent héréditaire, bien portant auparavant, qui, en deux mois, avait éprouvé de la rougeur, du larmoiement, puis bientôt la perte complète de la vue. On remarquait en même temps la formation d'une tumeur bourgeonnante dans la chambre antérieure. Les douleurs, étant devenues très fortes, on fit l'énucléation.

La pièce a été examinée par M. Poncet (de Cluny), qui présente des préparations nombreuses. Le néoplasme occupait toute l'étendue de la chambre antérieure, sauf dans un point répondant au centre de la cornée ; le canal de Schlemm était oblitéré et les granulations commençaient à envahir les procès ciliaires. Du côté de la face postérieure de l'iris, la néoplasie recouvrait tout le cristallin, occupait la zone de Zinn et s'étendait sur toute la face postérieure du cristal-

lin dans le corps vitré, de telle sorte que l'appareil cristallinien paraissait coulé dans la masse tuberculeuse. Quant à la choroïde, en arrière des procès ciliaires, elle était complètement saine; on ne peut donc pas croire au point de départ de l'affection dans une choroïdite tuberculeuse.

Le néoplasme était de couleur grisâtre, parsemé de points plus jaunes ; il était formé par une substance embryonnaire, contenant des cellules géantes, une prolifération nucléaire considérable, mais très peu de tissu fibreux et presque pas de vaisseaux.

Ces caractères permettent de différencier la néoplasie des gommes scrofuleuses ou syphilitiques décrites dans l'œil; du reste le malade ne présentait pas d'antécédents. En résumé, il s'agit bien d'une tuberculose primitive de l'iris, fait très rare, puisqu'il n'en existe qu'un autre cas dans la science, et qui démontre qu'aucun tissu de l'œil n'échappe à la tuberculose. Il est intéressant de noter que, malgré l'oblitération du canal de Schlemm et des voies d'excrétion, il n'y avait pas de glaucome, pas d'excavation de la papille.

La thérapeutique la plus rationnelle dans ce cas est de faire l'énucléation : si elle est faite assez tôt, on pourra ainsi éviter la généralisation.

M. Trélat dit que déjà, devant la Société de chirurgie, il a soulevé cette question de l'intervention opératoire. Comme M. Poncet, il est d'avis que l'opération doit être faite le plus tôt possible, non pas lorsqu'il existe seulement quelques grains tuberculeux de la choroïde, à peine visibles à l'ophthalmoscope, mais lorsqu'ils ont donné lieu aux premiers phénomènes inflammatoires. L'ablation d'un œil tuberculeux doit être faite avec autant de raison que l'ablation d'un testicule tuberculeux ; si l'intervention est précoce, on a quelque chance de voir la guérison se maintenir.

PSEUDARTHROSE GUÉRIE PAR L'ÉLECTROLYSE. — *M. Le Fort* a eu à traiter au commencement de l'année un homme de 23 ans, qui avait eu une fracture des deux os de l'avant-bras avec plaie. L'immobilisation n'avait pas pu être maintenue à cause des plaies multiples; il en était résulté une pseudarthrose ou du moins un retard de consolidation. Entré dans le service de M. Le Fort six mois après l'accident, on pouvait constater un défaut absolu de consolidation du côté du cubitus.

M. Le Fort se décida à employer dans ce cas l'électrolyse, voulant ajouter à l'action irritante des aiguilles l'action caustique du courant électrique. Des aiguilles d'or furent enfoncées entre les fragments, puis on fit passer un courant assez fort pendant environ cinq ou six minutes. Immédiatement après les fragments furent immobilisés. Il y eut un peu de douleur les jours suivants, mais l'appareil ne fut même pas enlevé et, vingt-cinq jours après, la guérison était

complète. Elle s'est bien maintenue depuis. M. Le Fort insiste sur la facilité de ce procédé, sur les bons résultats qu'il peut donner dans les cas de pseudarthroses, enfin sur la bénignité absolue de la méthode.

FISTULE SALIVAIRE DU CANAL DE STÉNON, par *M. Richelot*. — Ayant eu à traiter une fistule salivaire du canal de Sténon, M. Richelot a eu l'idée de transformer la fistule en fistule interne. Pour cela, il a placé un petit drain dans le bout postérieur, préalablement agrandi, le drain venant s'ouvrir dans la cavité buccale. Dans un second temps, il aviva la fistule et put obtenir ainsi une guérison définitive.

DE LAPERSONNE.

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE SUR LA LITHOTRITIE A SÉANCES PROLONGÉES, par le Dr *Ed. Desnos*, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-8, 272 pages. Paris, 1882.

Dans cette thèse très importante, M. Desnos a pour but de faire connaître les modifications apportées par le professeur Guyon, son maître, à la lithotritie rapide. Il termine son travail par les conclusions suivantes :

Les séances de lithotritie peuvent être prolongées pendant tout le temps nécessaire pour effectuer un broiement complet. Le broiement n'est complet que lorsque les calculs ont été pris et repris, réduits en poussière ou en parcelles de très petit volume ; il est donc indispensable de faire un très grand nombre de prises.

Il n'est pas nécessaire d'employer des brise-pierres d'une dimension considérable ; le n° 2 suffit dans la plupart des cas ; un mors fenêtré permet d'achever le broiement en se bornant à une seule introduction.

Les séances prolongées doivent toujours être suivies de l'évacuation immédiate des débris. C'est l'une des conditions essentielles de leur innocuité. L'évacuation est toujours facile lorsque le broiement a été complet. Elle peut être faite par les lavages à la seringue ou par l'aspiration.

Lorsque la vessie est contractile, les lavages simples constituent un excellent moyen d'évacuation qui a lui seul peut suffire pour débarrasser complètement la vessie ; il est souvent nécessaire de suspendre momentanément le chloroforme pour que la vessie puisse se contracter sous l'influence de l'injection.

L'aspiration ne peut être bien faite qu'en l'absence de contractions ; c'est une des raisons qui obligent à se servir du chloroforme. Dans quelques cas, l'aspiration peut être faite sans anesthésie, lors-

que la vessie est flasque et peu sensible. Une sonde à grande courbure, percée de deux yeux latéraux, permet une évacuation aussi rapide qu'une sonde droite ; elle est plus facile à introduire, le calibre n° 25 est suffisant quand le broiement a été complet. Il n'est pas toujours possible de prolonger les séances ; la persistance ou la répétition des contractions vésicales malgré le chloroforme est la principale contre-indication. Lorsque le broiement ne peut être continué, il est nécessaire de faire l'évacuation la plus complète possible des fragments obtenus et de pratiquer avec le plus grand soin le lavage antiseptique. Le séjour de portions volumineuses, de calculs non broyés, n'offre en général aucun inconvénient. Il en est de même pour les quelques fragments qui peuvent ne pas avoir été extraits, même après un broiement complet dans une séance prolongée. Les accidents d'engagement sont des plus rares et n'offrent aucun danger lorsque le broiement a été poussé aussi loin qu'il convient et que l'évacuation a été aussi complète que possible. S'il est utile d'obtenir l'évacuation totale, on peut donc, si une contre-indication y oblige, abandonner quelques fragments.

La lithotritie à séances prolongées est applicable dans tous les cas où on emploie la lithotritie à séances courtes. Elle est applicable à des cas où les séances courtes et répétées ne sauraient convenir et qui restaient jusqu'à présent justiciables de la taille. La lithotritie à séances prolongées, suivies d'évacuation, permettra d'opérer par le broiement des calculs de 4 et même de 5 centimètres ; elle permettra également d'opérer les enfants et les adultes. La taille doit cependant être réservée pour les calculs trop volumineux ou trop durs.

Le chloroforme est l'agent indispensable à toute séance longue. Il abolit la sensibilité de la vessie et supprime par cela même ses contractions réflexes. Sous l'influence du chloroforme, la vessie se livre plus complètement à l'opérateur et peut être plus facilement parcourue. C'est sans doute à la plus grande régularité des manœuvres et au débarras immédiat qu'il faut attribuer l'atténuation très évidente de la réaction fébrile après les séances prolongées sous le chloroforme. Le chloroforme est même nécessaire pour la vérification de la vessie, lorsque la fréquence des mictions persiste et surtout lorsqu'il y a cystite. La vérification peut au contraire être faite sans chloroforme, lorsque les contractions vésicales sont devenues rares et peu douloureuses. La vérification doit se faire à l'aide du lithotriteur et de l'aspirateur.

M. Desnos a ajouté à son excellente thèse l'indication de nombreuses expériences sur l'action du chloroforme sur la vessie et sur la puissance évacuatrice des sondes de divers modèles.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Tableau des actes du 19 au 24 juin 1882.) — *Lundi*, 19. — Doctorat, 3e : MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 3e : MM. Regnauld, Gariel et Bourgoin. — 4e : MM. Bouchardat, Charcot et Dieulafoy. — 4e : MM. Potain, Hayem et Straus. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Depaul, Vulpian et Duplay. — 5e (Charité) : MM. Verneuil, Fournier et Pinard. — 5e (Charité) : MM. Parrot, Tillaux et Budin.

Mardi, 20. — Doctorat, 4e : MM. Jaccoud, Ball et Legroux. — 4e : MM. Lasègue, Laboulbène et Raymond. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Pajot, Sappey et Robin. — 5e (Charité) : MM. G. Sée, Panas et Charpentier.

Mercredi, 21. — Doctorat, 3e : MM. Baillon, Hanriot et Henninger. — 3e : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 5e (Charité) : MM. Depaul, Parrot et Marchand. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Potain et Pinard. — 5e (Charité) : MM. Fournier, Tillaux et Budin.

Jeudi, 22. — Doctorat, 4e : MM. Jaccoud, Bouchard et Debove. — 4e : MM. Peter, Ball et Hallopeau.

Vendredi, 23. — Doctorat, 3e : MM. Regnauld, Gariel et Bourgoin. — 3e : MM. Baillon, Hanriot et Gay. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Depaul, Parrot et Hayem. — 5e (Charité) : MM. Charcot, Guyon et Pinard. — 5e (Charité) : MM. Vulpian, Duplay et Budin.

Samedi, 2. — Doctorat, 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Pajot, Le Fort et Grancher. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Lasègue et Charpentier.

Samedi, 17. — Doctorat, 5e, à 4 heures (salle des thèses) : Composition écrite.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les inscriptions du quatrième trimestre seront reçues les lundis, mardis, vendredis et samedis du 1er au 22 juillet 1882, de 1 heure a 4 heures : celles de première et de deuxième années de doctorat, du samedi 1er juillet au mardi 11 du même mois ; celles de troisième et de quatrième années de doctorat, de deuxième et de troisième années d'officiat, du vendredi 14 juillet au samedi 22 du même mois.

Les élèves ajournés à la session de novembre 1881, au premier examen de doctorat (nouveau mode), et aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (ancien mode) devront consigner jusqu'au jeudi 22 juin, aux jours et heures ordinaires, c'est-à-dire les mercredi 14, jeudi 15, mercredi 21 et jeudi 22, de 1 heure à 4 heures. Ils seront appelés à subir leur examen du 3 au 8 juillet.

Les élèves de première année (nouveau mode) qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances devront consigner en prenant la quatrième inscription.

Les élèves de première, deuxième et troisième années (ancien régime), et les aspirants à l'officiat, devront consigner pour les examens de fin d'année en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. En cas d'ajournement, ces élèves pourront se présenter de nouveau à la session de novembre prochain.

Le stage hospitalier est obligatoire pour la neuvième inscription de doctorat et la cinquième d'officiat. Cinquante-six jours de présence à l'hôpital seront exigés pour ces inscriptions.

— Seront mis en série : 1° du 26 juin au 1er juillet 1882, MM. les étudiants ajournés, avant le 15 juin, au premier examen de doctorat (ancien régime) et deuxième examen de doctorat (nouveau régime, première partie) ; 2° du 1er au 8 juillet, MM. les étudiants ajournés, avant le 15 juin, aux deuxième examen de doctorat (ancien régime) et troisième examen de doctorat (nouveau régime, première partie).

Pour les troisième, quatrième et cinquième examens de doctorat, des séries seront établies de la manière suivante : 1° troisième examen de doctorat, jusqu'au 8 juillet; 2° quatrième et cinquième examens de doctorat, jusqu'au 22 juillet.

— Le lendemain de leur réception à la thèse, MM. les docteurs en médecine sont priés de vouloir bien retirer, au secrétariat de la Faculté, de midi à 3 heures, leur certificat de réception.

Faculté de médecine de Toulouse. — Le conseil municipal de Toulouse a voté ces jours derniers, au prix de 140 000 francs, l'acquisition d'un établissement appartenant aux jésuites, dit « Collège Sainte-Marie », destiné à l'établissement des Facultés des sciences et de médecine.

Cette acquisition a été décidée par 16 voix contre 16, celle du président étant prépondérante.

Les journaux de Toulouse annoncent que trois membres de la minorité, parmi lesquels M. Castelbou, ancien maire, ont donné leur démission à la suite de ce vote, alléguant qu'il constitue une dépense ruineuse pour la ville. D'autres démissions sont annoncées.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. Chedevergne, professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, par suite du décès de M. Guignard.

M. Poisson, suppléant d'anatomie et chef des travaux anatomiques, est chargé du cours d'anatomie, en remplacement de M. Chedevergne.

Hôpital de Saint-Denis. — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'hôpital-hospice de Saint-Denis (Seine). Les candidats devront justifier de seize inscriptions ou du titre d'externe avec douze inscriptions de doctorat. — Se faire inscrire immédiatement à l'économat de cet établissement.

Inspection du travail des enfants dans les manufactures. — Sur la liste des onze candidats reconnus admissibles aux fonctions d'inspecteurs titulaires et d'inspecteurs suppléants par la commission départementale supérieure, nous trouvons deux de nos confrères, le Dr Félix Brémond, rédacteur en chef de l' « Hygiène pour tous », et le Dr Louis Rouxel.

Herborisations. — M. le professeur Baillon fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 18 juin 1882, à l'Isle-Adam et dans la forêt de Carnelle. Le départ aura lieu à la gare du Nord par le train de 7 heures 25 minutes du matin pour la station de l'Isle-Adam.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 71 MARDI 20 JUIN 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale, Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Sit-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 71. Mardi 20 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. LE Dr J. SIMON.

De l'irritation cérébrale chez les enfants (1).

Messieurs,

Les affections nerveuses sont très fréquentes et très importantes chez les enfants. Mais, avant d'étudier l'irritation cérébro-spinale, dont nous allons nous occuper aujourd'hui, il est utile que vous sachiez l'histoire des localisations cérébrales dont l'étude a fait tant de progrès dans ces dernières années. Sans revenir sur cette question que vous devez tous connaître, je vous rappellerai seulement que la région excito-motrice existe surtout dans le voisinage du sillon de Rolando, en y comprenant les centres opto-striés et le lobule paracentral. Il existe bien un autre centre excito-moteur au niveau du pli courbe, mais ce dernier ne s'adresse qu'à la branche inférieure du facial.

Notre développement physique se fait d'une manière très inégale ; ainsi, chez les enfants, la tête est très volumineuse, le corps est relativement très petit ; il n'y a pas dans notre développement une harmonie aussi parfaite qu'on serait tenté de le supposer. Il ne faut donc point s'étonner de voir de petits enfants avoir un tempérament nerveux exagéré. Il ne s'agit point ici d'une maladie, mais ce sont des enfants chez lesquels la sensibilité est extrême, les organes des sens réagissent d'une façon excessive, et les actions réflexes sont trop considérables et en désharmonie avec le reste de l'organisme. Ainsi, chez les enfants à la mamelle, il suffit quelquefois de faire un petit bruit pour les mettre hors d'eux-mêmes ; ils ont peur des objets brillants ; certaines personnes ne leur plaisent pas et ne peuvent les approcher. Ce sont déjà des enfants nerveux. Dans toutes leurs maladies, on pourra craindre de voir survenir comme complication des convulsions ; et, même quand ils ne seront pas malades, ils auront presque constamment un sommeil agité. Vous serez souvent consultés pour des enfants qui ne dorment pas.

Ils sont très intelligents, très vifs, leur imagination est précoce, leur mémoire est prompte et fidèle, autant de qualités qui indiquent un tempérament propre aux réactions nerveuses. Toutes les maladies des voies digestives exagèrent ce tempérament et troublent leur économie. Il y a chez ces enfants des diarrhées qui simulent des méningites ; il faut en être prévenu et tenir compte de ces actes réflexes exagérés.

(1) Leçon recueillie par le Dr A. Chevallereau.

Chez d'autres enfants, vous verrez du côté de l'appareil respiratoire se produire des accès de suffocation, des toux de laryngite striduleuse, des accès d'asthme à propos d'une bronchite. Vous tiendrez cependant compte de leur système nerveux, parce que chez eux l'emphysème se produit très facilement. A plus forte raison, quand vous aurez affaire à une affection aiguë douloureuse, le tableau prendra chez eux un aspect effrayant, et il sera nécessaire d'intervenir. Vous interviendrez en vous pénétrant bien du tempérament de ces enfants, vous les calmerez par un peu d'eau de laurier cerise, par une infusion de tilleul, par de l'eau de fleurs d'oranger, souvent par un peu d'opium. Quelles que soient les craintes que l'opium ait suscitées, c'est toujours lui qui restera le roi des médicaments, même chez les enfants. Chez ces derniers vous emploierez par exemple une demi-goutte de laudanum à prendre à divers intervalles dans la journée, ou bien encore l'élixir parégorique, cinq fois moins fort que le laudanum de Sydenham, et qui a seulement l'inconvénient de produire de la constipation, auquel cas on le supprime.

A côté de ces tempéraments nerveux, il y a d'autres faits dont je pourrais vous donner un grand nombre d'exemples; je me contenterai de vous en citer un que j'ai là très en détail.

Il y a quatre ou cinq ans, je fus appelé à 2 heures du matin pour voir une petite fille qui voyait constamment une mouche rouge. Cette enfant avait trois ans. Elle était prise de délire, elle témoignait les sensations les plus épouvantables. Cela dura vingt-quatre heures après lesquelles l'enfant se calma.

Le plus souvent, dans ces cas de terreurs nocturnes, vous trouvez un entourage mauvais; les parents ne savent pas élever les enfants. En Angleterre, les enfants restent habituellement dans une pièce spéciale, la *Nursery*, où ils jouent aux jeux de leur âge. A Paris, au contraire, les enfants participent trop vivement aux émotions de la famille : le jour de madame, bébé, habillé avec une recherche particulière, est au salon; ces dames se racontent les histoires du jour, les scandales, les crimes rapportés par les journaux; l'enfant écoute, se rappelle ces histoires, la nuit il y rêve et maintes fois les terreurs nocturnes n'ont pas d'autre origine. Des maladies débutent souvent de cette manière pour conduire à la méningite.

Si vous ne connaissez pas le tempérament de ces enfants, si vous ne savez pas toutes les conséquences que peut entraîner leur caractère nerveux, vous serez constamment exposé à faire des erreurs de diagnostic. Heureusement, le plus souvent ces troubles ne sont pas graves, pourvu toutefois qu'ils se présentent dans certaines conditions.

Ainsi que nous l'avons dit, ces troubles nerveux ont le plus souvent leur origine dans une éducation mauvaise; la cause peut résider dan-

une alimentation très défectueuse et parfois l'alcoolisme joue dès cet âge un rôle des plus prononcés. Il y a des familles dans lesquelles on donne aux enfants beaucoup d'alcool, et de l'alcool de mauvaise qualité, du thé, du café en excès, des aliments trop épicés.

Chez quelques-uns, mais le fait est beaucoup plus rare, vous aurez à invoquer la dentition. Lorsque la gencive est congestionnée, les enfants passent souvent des nuits un peu agitées. D'autres fois c'est l'inflammation de l'oreille, le catarrhe de l'oreille, surtout lorsqu'il existe en même temps une douleur assez vive. Il y a des causes banales auxquelles on ne saurait cependant refuser une certaine valeur, par exemple, le froid ou une chaleur excessive, de même les parfums trop odorants, que leur odeur soit agréable ou désagréable.

Cette irritation cérébrale reconnaît pour cause chez certains enfants un véritable empoisonnement professionnel, par exemple chez les enfants des peintres. Il est à peine besoin de rappeler les intoxications par les solanées vireuses, la belladone, le datura stramonium. Ces empoisonnements peuvent s'observer chez de petits enfants chez lesquels ils provoquent un délire furieux.

Etant donné un enfant qui a des terreurs nocturnes, des cauchemars, des hallucinations persistantes, il faut rechercher les antécédents de famille, savoir si le père et la mère ont des maladies constitutionnelles, s'assurer si chez l'enfant lui-même les organes sont dans un état d'intégrité parfaite. Lorsqu'on ne trouve chez l'enfant aucune lésion des organes, on peut supposer que les hallucinations dépendent d'une mauvaise hygiène ou d'un empoisonnement; parfois, elles sont simplement le fait des nourrices qui exagèrent les doses des médicaments.

Lorsque l'enfant est né d'un père tuberculeux ou syphilitique, il est maigre, fébricitant. Si l'hallucination porte surtout sur un œil, s'il y a des mouvements choréiformes des parties molles il faudra faire des réserves. Le diagnostic est d'ordinaire facile.

Quant au traitement, chez la petite fille dont je vous ai parlé tout à l'heure, j'ai donné un gramme et demi de bromure de potassium dans de l'eau de fleurs d'oranger; j'y ai ajouté 15 grammes d'eau distillée de laurier cerise et 5 grammes de sirop de codéine, puis je me suis enquis de l'état des voies digestives. De plus, j'ai demandé que l'on éclairât fortement la chambre et que cette petite fille fut très entourée, afin qu'elle ne restât pas seule avec son délire.

Je viens de vous décrire un premier degré du tempérament nerveux; un deuxième degré va jusqu'au rêve et au délire; c'est alors la véritable irritation cérébrale.

L'irritation cérébrale est un trouble persistant du système nerveux central, trouble tel que les sens, la sensibilité, la motilité, et les

actes réflexes sont exagérés et désorganisés sans lésion d'aucune espèce. Voici comment je comprends ces troubles sans lésions :

Les petits enfants qui n'ont pas de maladie cérébrale, qui sont simplement des cérébraux, se présentent à nous de la manière suivante en ce qui concerne la motilité. Si l'enfant est âgé de 2 à 3 ans il se présente d'une façon particulière, en faisant des mouvements désordonnés. Il a des mouvements impulsifs, exagérés ; ces mouvements pourraient de prime abord paraître naturels, mais ils sont en dehors de toute harmonie. Si l'enfant est dans votre cabinet, en un instant il est près de vous, il touche à tout, renverse les objets, prend vos lunettes et trempe son doigt dans l'encrier. Il est impossible de l'emmener en chemin de fer. Ce sont des mouvements dont ils ne sont nullement maîtres, entièrement désordonnés.

Leur sensibilité est exagérée, tout leur fait impression, le froid, la chaleur, la lumière, le son, le goût des aliments. Comme en même temps leurs actes réflexes sont exagérés, ils réagissent immédiatement par des mouvements contre les impressions qu'ils ressentent.

Il ne s'agit ici que d'une affection purement nerveuse, mais qui peut devenir congestive. S'il existe une hérédité lointaine, si le père était tuberculeux, syphilitique, épileptique, le petit malade peut prendre la diathèse à l'heure dite ; si l'on est prévenu on peut éloigner ces prédispositions et faire à l'enfant une existence supportable.

Si vous étudiez leur sensibilité morale, vous remarquerez qu'ils ont des tendresses exagérées, ou bien au contraire des haines, des férocités qu'on ne peut comprendre. Ces malades n'ont pas conscience de leurs actes : ils embrassent leur mère et ils la mordent, ils caressent leur petit frère et ils le font crier ; ils maltraitent les animaux ; leur caractère, en un mot, est de tous points insupportable, quoiqu'ils puissent avoir au fond un cœur excellent.

Ces observations sont très intéressantes au point de vue de l'avenir. En effet, à partir de 3 ou 4 ans, le feu s'éteint, mais le caractère reste original, troublé et plus tard ces enfants font des paralytiques, des épileptiques, des criminels, mais toujours ce qui prédomine chez eux c'est leur figure sombre et constamment triste, jamais souriante. et le caractère mauvais des actes qu'ils commettent.

Leur volonté est très mobile ; sur le point de prendre un objet, ils s'arrêtent pour en prendre un autre ; ils n'ont pas de volonté tenace. suivie. Vers l'âge de 3 ou 4 ans, alors que l'intelligence se développe, ces enfants deviennent essentiellement despotes, ils veulent toujours qu'on leur obéisse. Voyant l'ascendant qu'ils ont sur leurs parents, ils commettent les exagérations les plus épouvantables, ils se roulent dans la boue avec de beaux habits ; ils se frappent la tête contre les murs pour faire de la peine à leurs parents ; j'ai vu un enfant qui me-

naçait sa mère de se jeter par la fenêtre ; j'en ai vu d'autres battre leurs parents qui, cependant, les gifflaient jusqu'au sang. Ces enfants ne sont pas fous, leur état est curable, mais ils ont besoin d'être constamment et rigoureusement surveillés.

Doués d'une vive intelligence, il s'assimilent vite les notions qu'on leur enseigne, mais ils ne retiennent pas longtemps, ils ont un éclat tout apparent et bizarre. Il est moins facile de leur apprendre les lettres que de leur apprendre un calcul.

Comme santé générale, le plus souvent ils se portent bien, ils ont un bon appétit. Toutefois ils sont sujets à des affections démangeantes, comme l'herpès, le lichen, le prurigo, l'eczéma.

L'irritation cérébrale débute peu après la naissance, la marche est régulière et il n'existe que de courtes périodes d'amélioration apparente, mais heureusement cette affection, qui dure des mois, des années, peut guérir avec des soins. Il est vrai de dire par contre que, dans certains cas, la maladie augmente constamment et conduit l'enfant à la sclérose, d'autres fois la folie éclate brusquement, plus tard c'est l'épilepsie. Il peut également survenir des maladies cérébrales d'un autre ordre, par exemple, la méningite tuberculeuse.

Les enfants atteints d'irritation cérébrale ont la circulation cérébrale trop active ; il en résulte un état permanent de congestion qui peut amener à la longue une lésion. Si cet état congestif est irrégulièrement disséminé, on comprend que les symptômes puissent être fort variables.

L'irritation cérébrale ne s'accompagne d'aucune lésion bien définie des tissus, à peine trouve-t-on parfois un peu d'épanchement dans les ventricules et un état variqueux des vaisseaux.

Les enfants dont je vous parle sont ordinairement issus de parents nerveux, hystériques, épileptiques, ou de parents alcooliques, surtout lorsqu'il s'agit d'alcools de mauvaise nature, beaucoup plus dangereux que l'eau-de-vie. La syphilis de même prédispose à cet état parce qu'elle conduit facilement à la sclérose, aux gommes. Le séjour dans les grandes villes, où l'air est confiné, où le milieu est un centre d'excitation, à plus forte raison le milieu dans lequel vivent quelques enfants, l'usage du thé, du café, du vin, de l'alcool, telles sont les causes déterminantes principales.

Cette affection ne se manifeste que chez les enfants en bas âge. Passé cet âge, elle se transforme, sa physionomie spéciale disparaît et dès la seconde enfance, on se trouve en présence d'idiots, d'épileptiques ou de sclérotiques.

Le *diagnostic* de l'irritation cérébrale doit se fonder surtout sur l'exaltation de la sensibilité générale et spéciale, de la motilité, de l'intelligence avec perversion et manque de pondération dans toutes ces facultés. Vous aurez surtout à tenir grand compte de l'apyrexie.

Vous distinguerez l'irritation cérébrale du tempérament nerveux qui lui ne s'accuse qu'à l'occasion d'une cause, tandis que dans l'irritation cérébrale les symptômes sont spontanés et persistants quoique exagérés par des causes passagères. La confusion, l'exagération dans les symptômes nerveux, leur perversion, le désordre dans les idées qui changent de cours subitement à propos d'un bruit, d'une clarté, d'une odeur, tels sont les principaux signes qui vous conduiront au diagnostic; mais j'insiste de nouveau sur ce point que ces caractères sont constants, ce qui les distinguera surtout du tempérament nerveux.

L'absence de fièvre permet d'éliminer le délire qui marque le début de la plupart des affections aiguës chez les enfants. Dans la sclérose cérébrale, il est vrai, on rencontre avec des lésions déterminées ces mêmes symptômes qui ici ne répondent à aucune lésion, mais dans la sclérose, à côté de ces poussées congestives qui viennent traduire l'irritation cérébrale, on trouve des paralysies localisées à un membre, à un ou plusieurs nerfs crâniens, parfois même des contractures, indices de lésions organiques du cerveau. Ces accidents seront continus et persistants; on ne les observe jamais chez les enfants qui ne présentent que de l'irritation cérébrale.

D'autres maladies pourraient simuler l'irritation cérébrale, mais il suffit d'examiner attentivement l'enfant pour éviter cette erreur de diagnostic; telles sont l'hydrocéphalie, la microcéphalie, l'hypertrophie du cerveau, la suture prématurée des fontanelles, les tumeurs cérébrales.

Le *pronostic* est toujours sérieux, mais il n'est point fatal. Au début de toutes les maladies aiguës que l'enfant pourra avoir, à l'occasion d'une émotion, d'une indigestion, d'une brûlure, de vers intestinaux, il aura presque toujours des convulsions qui, en se répétant, pourront amener une perturbation conduisant plus tard à une lésion. Mais cet état n'est point désespéré, à moins qu'il n'y ait en arrière une hérédité en quelque sorte fatale. Plus de la moitié de ces malades guérissent, à condition qu'ils soient soumis au traitement qu'il me reste à vous indiquer.

Traitement. — Les soins hygiéniques, la manière d'élever l'enfant, l'entourage, ont ici une très grande importance. L'enfant sera tenu à l'écart des autres qui ne pourraient que l'exciter; à plus forte raison doit-on le tenir éloigné de toutes les réunions d'enfants.

Le médicament d'élection est le bromure de potassium; il faut le donner à doses successivement croissantes, jusqu'à ce que vous ayez atteint la prostration; après quoi vous le diminuerez peu à peu pour le reprendre après un certain temps si les accidents reparaissent, et vous savez quelle est leur ténacité.

En même temps vous aurez recours aux bains de pieds et aux

agents non douloureux, toute douleur ne faisant qu'exagérer l'irritation cérébrale; ainsi vous proscrirez chez ces enfants les badigeonnages à la teinture d'iode, l'huile de croton, les vésicatoires. Je préfère de beaucoup chez eux les ventouses sèches, dans les cas où il faut opérer de la révulsion.

Vous ordonnerez des bains de tilleul ou de valériane. L'hydrothérapie, qui donne de si bons résultats chez les hystériques, ne peut au contraire être employée chez les enfants dont je parle ; il en est de même des bains salés, des bains sulfureux. Je leur interdis absolument les bains de mer ; l'air de la mer, le bruit, le bain même, tout est pour ces enfants une cause d'excitation; la buée qui pénètre dans leurs voies aériennes produit des convulsions et ces petits névropathes entrent dans la voie de la méningite.

Vous devez enfin, par des laxatifs, entretenir constamment la liberté du ventre et surveiller l'état des voies digestives, dont la moindre perturbation peut amener chez eux des troubles nerveux d'une grande intensité.

MEMENTO PRATIQUE

—

PILULES ANTIDIARRHÉIQUES — M. *Huchard* emploie dans la diarrhée chronique les pillules suivantes :

Extrait de ratanhia..............	2 grammes
— de monésia.............	2 —
Poudre de Colombo............	2 —
— de Dower...............	2 —
Huille essentielle d'anis........	2 gouttes

pour 40 pilules. En prendre de 6 à 10 par jour.

PRÉPARATION ANTIASTHMATIQUE. — Chez les asthmatiques sujets à des accidents de catarrhe bronchique, M. *Huchard* emploie la préparation suivante :

Eau distillée.................	300 grammes.
Iodure de potassium..........	10 —
Teint. alcoolique de lobélie....	10 —
— — de polygala...	10 —
Extrait thébaïque............	10 centigrammes.

Une cuillerée à soupe matin et soir.

TRAITEMENT DU CORYZA PAR LE SULFATE D'ATROPINE. — Se basant sur cette notion de physiologie que l'atropine diminue la sécrétion de la muqueuse nasale au point de la dessécher complètement, le Dr Gentilhomme, de Reims, eut l'idée d'employer ce médicament dans le traitement du coryza. Il rapporte dans l'*Union médicale du*

Nord-Est l'observation d'un malade fréquemment atteint de coryza et auquel il ordonna des pilules contenant un demi-milligramme d'atropine, en lui recommandant de prendre une de ces pilules dès qu'il ressentirait les premiers symptômes de la maladie. A la première atteinte de l'inflammation, le malade prit une pilule; un quart d'heure ne s'était pas écoulé que les éternuements avaient cessé, la sécrétion avait disparu et la respiration était redevenue libre. La même chose se reproduisit plusieurs fois chez ce malade; celui-ci fut amené à constater qu'une demi-pilule, c'est-à-dire un quart de milligramme de sulfate d'atropine, suffisait pour obtenir l'effet cherché. En continuant le traitement, ce jeune homme vit ses rhumes de cerveau devenir de plus en plus rares et aujourd'hui, complètement guéri, il peut sortir par tous les temps sans s'enrhumer,

M. Gentilhomme rapporte quelques autres faits du même genre, entre autres celui d'un vieillard de 72 ans atteint depuis l'âge de 30 ans d'un coryza grave et qui fut guéri par ce moyen.

Lorsque l'atropine est administrée contre le coryza confirmé, elle produit également un grand soulagement, mais son action est moins remarquable que lorsqu'elle est donnée au début de l'inflammation. Lorsque la bronchite existe en même temps que le coryza, le sel d'atropine produit un effet également favorable sur la muqueuse bronchique, dont il modifie la sécrétion, et il diminue certainement la durée de la maladie.

Traitement de l'amygdalite au début. — Le Dr *Morell Mackenzie* traite l'amygdalite en début par le gayac sous la forme de pastilles ainsi composées :

Résine de gayac..............	70 grammes.
Gomme adragante.............	43 —
Sucre raffiné................	17 —
Pâte de groseilles rouges.......	Q. S.

Mêlez les ingrédients secs, puis ajoutez la pâte de groseilles rouges jusqu'à ce que toute la masse pèse une livre. Divisez en 30 tablettes de 1 gr. 20 chaque, faites les sécher dans un four à chaux.

Il est rare que la maladie ne soit pas arrêtée à son début par une de ces pastilles contenant 20 centigrammes de résine administrée toutes les deux heures, mais ce traitement ne peut agir qu'au début.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Seance du 13 *avril* 1882. — *Présidence de* M. le professeur Ball.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le Président annonce que la Société aura à procéder prochainement à l'élection de quatre membres titulaires.

M. Ollive, en son nom et au nom de M. Bouicli, fait une communication sur *un cas de perforation de l'intestin consécutive à un coup de pied de cheval sur la paroi abdominale.* (Sera publié.)

M. Merklen demande si le choc traumatique ne peut pas être invoqué pour l'interprétation de quelques-uns des phénomènes observés, notamment de l'anurie prolongée.

M. Ollive fait remarquer que le malade a eu des signes et des lésions de péritonite, mais que le cas lui paraît anomal à cause de l'absence de météorisme abdominal remplacé par une rétraction très prononcée du ventre.

M. Comby lit une observation d'*aortite aiguë rhumatismale*. (V. *France méd.*, n° 58, p. 690.

M. Ball insiste sur la rareté de cette détermination rhumatismale et sur les causes d'erreur qui peuvent résulter de la localisation insolite de certains souffles cardiaques. Comme exemple, il cite le cas d'un malade du service de Beau, chez lequel on avait constaté pendant la vie l'existence d'un double souffle tricuspide et pulmonaire. Le malade mourut subitement et l'on trouva à l'autopsie une double lésion aortique et mitrale avec énorme hypertrophie du ventricule gauche empiétant sur le cœur droit, d'où le déplacement des foyers des bruits cardiaques. L'absence d'autopsie, dans le cas de M. Comby, commande une certaine réserve, malgré la précision de l'observation clinique.

M. Onimus communique *un cas d'accident par le chloroforme*. (V. *France méd.*, n° 47, p. 555.)

M. Polaillon n'a pas eu l'occasion d'observer jusqu'à présent d'accidents par le chloroforme. En ce qui concerne l'emploi de l'électricité pour y remédier, il considère les courants violents comme nuisibles, ainsi que l'a établi M. Vulpian, mais admet que la faradisation légère de la paroi précordiale peut être utile à titre d'excitant.

M. Ball fait remarquer que les accidents dus au chloroforme sont plus fréquents chez les malades qui résistent et s'agitent dans les premières périodes de la chloroformisation. Le rapprochement établi par M. Onimus entre l'observation clinique et l'expérimentation est donc vrai sur ce point.

M. Ollive est persuadé que la position assise dans laquelle se trouvent la plupart des malades chloroformés par les dentistes est une des causes les plus importantes des accidents plus fréquents signalés en pareil cas.

M. Barth fait une communication sur un cas de *gomme du foie*. (Sera publié.)

La séance est levée à 9 h. 1/2. *Les secrétaires des séances,*

H. Barth et P. Merklen.

BIBLIOGRAPHIE

—

ÉTUDE SUR LES GRANULATIONS DE PACCHIONI, par le Dr *Ch. Labbé*, ancien interne des hôpitaux, in-8, 72 p. avec 6 planches, Paris. O. Doin, 1882.

M. Ch. Labbé décrit, de chaque côté des sinus et dans l'épaisseur de la dure-mère, des dilatations ampullaires qui jouent un rôle important dans la régularisation de la circulation veineuse du cerveau, en même temps qu'elles servent à loger les granulations méningiennes de la dure-mère. Ces dilatations, auxquelles M. Labbé donne le nom de lacs dérivatifs de sûreté, sont formées par un dédoublement de la dure-mère, c'est toujours dans ces lacs que naissent les granulations de Pacchioni, par un mécanisme qui rappelle un peu celui des phlébolithes.

L'existence des lacs sanguins et des granulations permet encore de comprendre l'usure des os de la voute crânienne dans des points déterminés. Que cette usure aille jusqu'à la perforation et que, par l'hiatus ainsi formé, un lac sanguin dilaté fasse hernie, on aura une tumeur veineuse de la voûte du crâne en communication avec la circulation intra-crânienne.

Les granulations méningiennes qui, dans la grande majorité des cas, sont des produits que l'on peut considérer comme *normaux*, sont susceptibles, en prenant un accroissement considérable, de constituer de véritables tumeurs et même de donner lieu à des symptômes particuliers. Elles peuvent devenir le point de départ de fibromes, d'épithéliomes, de carcinomes et vraisemblablement de sarcomes, quoique M. Ch. Labbé n'ait pas trouvé d'observation probante à cet égard.

L'auteur fait suivre sa thèse d'une note sur les moyens de communication de la circulation veineuse intra-crânienne avec l'extérieur du crâne ; ces moyens de communication, très abondants, servent encore, comme le liquide céphalo-rachidien, comme la disposition des sinus en canaux inextensibles, l'aspiration qui se produit dans leur intérieur, et comme les lacs dérivatifs de sûreté, à empêcher la compression du cerveau par stase sanguine.

A. CH.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

—

Soutenues du 5 *au* 17 *juin* 1882.

LAVIN. Diagnostic des rétrécissements de l'urèthre. — STROICI. Des fractures spontanées chez les ataxiques. — GARÈS. Traitement des tumeurs épithéliales par le caustique arsénical. — GUILLET. Histoire de

l'hôpital de Notre-Dame de Pitié de Paris. — DARÈNE. Etude sur la transfusion du sang à la suite des hémorrhagies intestinales dans le cours de la fièvre typhoïde. — VANDENABEELE. Du lavage de la vessie sans sonde à l'aide du siphon. Influence de la pression du liquide sur les rétrécissements de l'urèthre. — PÉLAPRAT. Des hémorrhagies puerpérales secondaires. — GAUCHAS. Etude sur la stéatose hépatique considérée au point de vue chirurgical.

MAISON. Traitement des ulcérations en général. — PESME. De la cautérisation actuelle dans les hémorrhagies artérielles. — DESCOURTIL. Du fractionnement des opérations cérébrales et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies. — Mlle BOURCHIER. De la conservation des vibrations thoraciques dans la pleurésie. — GIDON. Etude sur les atrophies du genou considérées surtout au point de vue du traitement. — GILLES. De l'hypertrophie des amygdales chez les syphiliques.

NÉCROLOGIE

MERCIER (Louis-Auguste), né le 21 août 1811 au Plessis-Saint-Jean (Yonne), est mort à Paris dans son domicile, 8, quai des Célestins, le 12 juin.

Interne des Hôpitaux en 1834, docteur en médecine en 1839, il se consacra exclusivement aux maladies des voies urinaires. Sa thèse inaugurale avait pour sujet : *De l'influence du rétrécissement de l'urèthre sur la lithotritie et la cystotomie.* Mercier a beaucoup écrit sur sa spécialité. Les principaux ouvrages sont les suivants :

Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux considérés spécialement chez les hommes (1841). — Mémoire sur une saillie particulière de la valvule vésico-uréthrale formant barrière au col de la vessie et déterminant la rétention d'urines (1841). — Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur les valvules du col de la vessie, cause fréquente et peu connue de rétention d'urines, 1844. (Ce mémoire a été couronné par l'Institut). — Recherches sur les rétrécissements de l'urèthre (1845). — — Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires, considérées spécialement chez les hommes âgés, suivies d'un Essai sur la gravelle et la pierre, principalement sur la lithotritie, l'extraction des fragments et sur celle des corps étrangers, 1856. (L'Institut a couronné une partie de cet ouvrage). — Explication de la maladie de J.-J. Rousseau et de l'influence qu'elle a eue sur son caractère et sur ses écrits (1859). — Etude sur différents points d'anatomie et de pathologie du rectum et des organes génitaux et urinaires (1860). — Mémoire sur l'extraction des calculs et des fragment arrêtés dans l'uretère (1861). — Traitement préservatif et curatif des sédiments de la gravelle et de la pierre urinaire (1872).

Mercier avait en outre collaboré à différents journaux de médecine.

Tous ses travaux lui avaient valu, en 1866, la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Mercier était un praticien consciencieux, comprenant qu'il n'y a pas incompatibilité entre la spécialité et l'honorabilité professionnelle. Aussi une foule nombreuse a-t-elle tenu à lui rendre les derniers devoirs.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour trois places de chirurgien du bureau central.* — Ce concours s'est terminé vendredi soir par la nomination de MM. Duret, Reynier et Henriet.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — La liste des nouveaux aides d'anatomie nommés, que nous avons donnée récemment, doit être rectifiée ainsi qu'il suit. Sont nommés :

MM. Chapu, Broca, Tuffier, Ricard, Hache, Wickham, Beurnier, Poupinel.

Bureaux de bienfaisance. — M. le Dr Lecoconier a été élu, le dimanche 11 juin, médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur en date du 5 mai 1882, M. le Dr Bloch a été nommé médecin du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement.

— Le jeudi 6 juillet, les médecins du XIe arrondissement auront à élire un médecin du bureau de bienfaisance en remplacement de M. le Dr Pitois, démissionnaire. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à 4 heures.

Service de santé militaire. — Par décret en date du 16 juin 1882, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, M. Dehas (Adolphe-Joseph), chef de bureau de la gendarmerie, est nommé sous-directeur à la direction du service de santé.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Dans sa séance du 12 juin, le Conseil général de la Seine, sur le rapport de M. Bourneville, a voté une augmentation de traitement de 300 fr. aux internes des asiles de Vaucluse et Ville-Evrard pour suppléer à toute indemnité de déplacement.

Bulletin de la mortalité *du 9 au 15 juin* 1882. — Fièvre typhoïde, 43. — Variole, 22. — Rougeole, 25. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 2. — Diphthérie, croup, 46. — Dysentérie, 1. — Erysipèle, 8. — Infections puerpérales, 6. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 52. — Phthisie pulmonaire, 174. — Autres tuberculoses, 13. — Autres affections générales, 61.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 62.

Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 57. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 59 ; au sein et mixte, 27 ; inconnu, 6. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 101 ; l'appareil circulatoire, 49 ; l'appareil respiratoire, 56 ; l'appareil digestif, 44 ; l'appareil génito-urinaire, 25 ; la peau et du tissu lamineux, 2 ; des os, articulations et muscles, 9. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 1 ; fièvre infectieuse, 0 ; épuisement, 0 ; causes non définies, 0. — Morts violentes, 34. — Causes non classées, 4. — Nombres absolus de la semaine, 1.008.

Résultats de la semaine précédente : 1.105.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 3

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDEC...
A. PARENT, A. DAVY, Successeur
31, rue Monsieur-le-Prince, 31, Paris

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 72 JEUDI 22 JUIN 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
A. DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place
de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
Professeur de clinique chirurgicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale,
Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale,
Membre de l'Acad. de médecine.

P. BERGER
Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des hôpitaux.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 72 Jeudi 22 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 21 *juin* 1882.

La discussion sur l'aliénation mentale considérée comme cause de divorce a continué hier à l'Académie de médecine par une réplique assez vive de M. Luys ; mais cette discussion semble affecter actuellement des allures personnelles et il est peu probable qu'elle reprenne dans les séances prochaines. D'ailleurs la loi sur le divorce vient d'être votée par la Chambre des députés sans que l'amendement relatif à l'aliénation mentale ait été repris en deuxième ou en troisième lecture ; la discussion, pour le moment, resterait purement platonique et d'autre part il ne semble pas qu'elle doive changer les idées de ceux qui ont leur opinion faite sur ce point.

On avait reproché à M. Bouley d'avoir laissé ignorer pendant près de huit mois un mode de traitement de la rage qui pouvait peut-être guérir l'affreuse maladie qui fait chaque année tant de victimes. M. Bouley n'a pas de peine à se justifier et il le fait avec son esprit habituel, aux dépens de l'auteur de l'observation sur laquelle il avait à faire un rapport depuis le mois de novembre dernier. Si M. Bouley s'est peu pressé de faire ce rapport, c'est qu'il était peu disposé à croire à la liberté d'esprit, à ce point de vue, de l'auteur du travail, M. Dartigue ; il était par suite peu enclin à admettre le diagnostic de rage et la valeur du traitement. M. Dartigue cherchait depuis longtemps à expérimenter ce qu'il appelle « mon traitement de la rage » ; il s'est hâté de considérer comme rabique le premier malade qui pouvait prêter à quelque confusion. De plus, dans le traitement, il ne s'est pas borné à faire 60 injections de un centigramme de nitrate de pilocarpine : il donnait en même temps, et toutes les heures, un granule d'arsénite de strychnine, un granule d'hyoscyamine et un granule de camphre monobromé. Il est difficile de distinguer les effets produits par cette mitraille de médicaments.

M. le professeur Germain Sée a peu cherché a réveiller l'enthousiasme qui s'évanouissait à mesure que M. Bouley continuait son discours. Notre savant maître s'élève contre les abus que l'on fait actuellement de la pilocarpine dans toutes les maladies. Il l'a essayée dans un cas de rage, bien évident celui-ci : les résultats en ont été déplorables ; le hoang-nan n'a pas eu plus de succès ; seuls les courants continus, employés par le Dr Neumann chez le même malade, ont donné quelques minutes de calme, mais le malade est mort rapidement.

La discussion reprendra certainement dans une prochaine séance, à propos du rapport de M. Bouley sur le cas de M. Denis-Dumont.

A. Ch.

HOPITAL NECKER. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON.

Contusion de l'artère poplitée sans plaie des téguments. — Thrombose consécutive.

Par M. Charles DIETERLEN,
Interne des hôpitaux.

Le nommé Dupont (Victor), âgé de 32 ans, chaudronnier, entre, le 21 mars 1882, à l'hôpital Necker, salle Saint-André, n° 12, dans le service de M. le professeur Guyon.

Cet homme, étant en état d'ivresse, fut renversé, la veille, par un omnibus dont les roues lui passèrent sur les jambes.

Nous manquons de renseignements suffisants pour préciser les conditions dans lesquelles l'accident s'est produit; à l'entrée, quelques instants après l'accident, on constata une plaie à la partie antérieure du genou donnant beaucoup de sang, et de graves désordres du côté de cette articulation ainsi que du côté du pied du côté opposé.

L'hémorrhagie fut arrêtée par le tamponnement, puis les deux membres placés en gouttière, sous compression ouatée.

A la visite du matin nous constatons, sur le membre inférieur *gauche*, un gonflement considérable du genou dont les téguments, couverts d'une large ecchymose rougeâtre, semblent recouvrir un épanchement sanguin articulaire. La plaie, large comme une pièce de cinq francs, peu profonde, occupe la face antéro-externe du genou.

Nous nous abstenons prudemment de vérifier si, oui ou non, elle communique avec la cavité articulaire et nous nous bornons à en assurer l'occlusion sous un pansement antiseptique.

Le pied gauche n'a pas été atteint; pourtant, dès le premier examen, nous constatons une insensibilité partielle des orteils et une diminution très notable des battements de la pédieuse.

A *droite*, la roue de l'omnibus a écrasé le cou-de-pied; la peau, parsemée de taches livides, porte de grosses phlyctènes.

A travers l'épaisseur d'une tuméfaction très considérable, on sent des esquilles mobiles.

Les deux membres lavés à la solution phéniquée forte sont placés dans de la ouate phéniquée et immobilisés dans des gouttières.

Le blessé est encore sous l'influence du choc traumatique, pâle, prostré, répondant à peine, présentant un pouls précipité, quoique le thermomètre n'accuse aucune élévation de température.

Les symptômes généraux persistent pendant toute la journée.

Le soir, le pouls est à 100; la température est remontée à 38°. Quelques vomissements. L'exploration du thorax et de l'abdomen est négative.

Le lendemain, 23 mars, l'état général du malade s'est encore aggravé.

La température ne dépasse pas 37°, mais le pouls est très fréquent.

Le pied gauche est plus froid que la veille, parsemé de taches livides, sans battements artériels, absolument insensible.

L'épanchement articulaire du genou a diminué, mais la peau de la région, à la face antérieure, et surtout à la région poplitée, est couverte d'ecchymoses noirâtres.

Le pied droit est dans le même état qu'au début.

Pendant cette journée les vomissements se sont renouvelés à chaque fois que le blessé prenait à boire.

En présence des premières manifestations de la gangrène sur le pied gauche, la question d'une intervention chirurgicale est agitée, mais la gravité de l'état général la fait différer. (Alcool, injections sous-cutanées d'éther.)

La journée du 24 n'amène aucune amélioration.

Le lendemain, 25 mars, nous trouvons les urines du malade fortement teintées en noir. Cette coloration, due évidemment à une trop grande absorption d'acide phénique, ne laisse pas de nous intriguer, car la plaie du genou est de dimensions petites; nous supposons qu'il y a communication entre la plaie et l'articulation et que c'est par la large surface de la séreuse que s'est faite l'absorption.

On supprime les lavages phéniqués.

L'état local des parties lésées est peu modifié. Par contre, l'état général du malade ne cesse de s'aggraver. Pouls filiforme très fréquent, température à 38°. Vomissements. Urines chargées d'albumine.

A la date du 26 mars, l'état du blessé est désespéré.

La prostration est extrême; le pouls imperceptible, les membres glacés et livides.

Depuis que les lavages phéniqués ont été suspendus, les urines ont repris leur coloration naturelle, mais elles sont restées albumineuses.

Pas de glycosurie.

Ce jour même, à 3 heures du soir, sept jours après l'accident, la mort survient dans le coma.

L'autopsie n'a pu être pratiquée que le 29 mars au matin.

Disons tout d'abord que les viscères thoraciques et abdominaux ont été trouvés sains, sauf un peu de congestion des reins.

Passons de même rapidement sur les lésions du pied droit, où l'on constate une fracture bi-malléolaire à fragments multiples, avec déchirure de la synoviale tibio-tarsienne, et vaste infiltration sanguine.

Du côté gauche, les lésions constatées sont du plus haut intérêt.

L'articulation du genou est remplie de sang à l'état de caillots très

petits, nageant dans de la sérosité rougeâtre. Ce foyer intra-articulaire communique avec la plaie extérieure. Les os et les ligaments sont intacts.

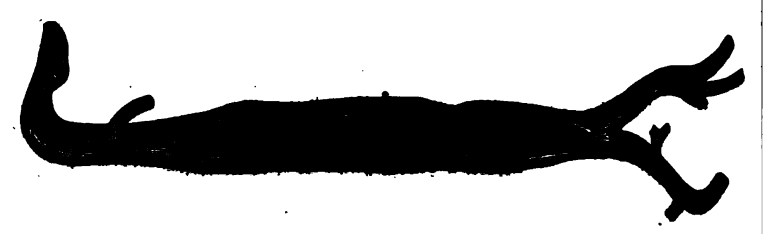
Mais, ce qui mérite surtout d'attirer l'attention, ce sont les lésions des artères.

La dissection du creux poplité montre les couches celluleuses sous-cutanées et sous-aponévrotiques infiltrées de sang. Cette infiltration se prolonge dans les interstices musculaires du mollet jusqu'au cou-de-pied. On ne trouve néanmoins aucune rupture vasculaire importante, appréciable à la dissection. La veine et le nerf sont intacts.

Le muscle soléaire est en partie rompu, comme déchiré à son insertion supérieure.

L'artère poplitée n'est pas rompue. Il n'existe pas davantage de rupture dans les tibiales ou dans la péronière.

Au niveau du rebord postérieur des plateaux du tibia, l'artère poplitée apparaît noire et cylindrique sur une longueur de deux travers de doigt, et cet aspect tranche nettement sur celui qu'elle présente ailleurs, où se retrouvent sa forme légèrement aplatie et sa teinte pâle.



Sa tunique externe est noire, infiltrée de sang; cette coloration disparaît graduellement aux deux extrémités du segment artériel oblitéré.

Si l'on cherche à aplatir l'artère entre les doigts, on constate qu'elle résiste et qu'elle forme un cylindre plein.

Cette oblitération complète de la poplitée nous donne bien la cause du sphacèle qui envahissait le pied.

Quant au mécanisme qui a réalisé cette thrombose, nous croyons qu'il faut le rapporter à la *contusion de l'artère* qui très vraisemblablement aura été en quelque sorte écrasée entre les plateaux du tibia et la roue de la voiture.

En effet, ouvrant le vaisseau par sa partie postérieure, nous tombons sur un caillot violacé, long de près de trois centimètres, effilé vers le bout central, adhérant fortement à la partie antérieure, facile à séparer, au contraire, de la paroi postérieure. A sa base, les tuniques internes semblent broyées, et c'est sur leurs débris que s'implante le caillot. L'adventice est infiltrée de sang et noirâtre.

Il est digne de remarque que cette violente contusion a pu broyer

les tuniques internes du vaisseau sans qu'*il y ait eu plaie du côté des téguments au niveau du creux poplité.*

Notons aussi ce fait important : les artères de la jambe, la fémorale, l'aorte et les sigmoïdes étaient saines et ne présentaient pas la moindre trace d'athérome.

Nous devons à l'obligeance de notre collègue, M. Darier, les renseignements suivants sur l'examen microscopique de la pièce pratiqué par lui au laboratoire de M. Ranvier.

Les premières coupes ont porté sur la paroi postérieure de l'artère.

Elles nous montrent les fibres de la tunique externe de l'artère dissociées par du sang à l'état d'infiltration diffuse. La tunique muqueuse est intacte. La tunique interne paraît érodée.

Les coupes suivantes portent sur les parois latérales. En ce point, même état de l'adventice; la tunique moyenne est rompue et ses extrémités, un peu déchiquetées, sont écartées l'une de l'autre d'environ un millimètre. Dans leur intervalle se trouve un caillot qui tend à disséquer l'adventice et à fuser entre les deux tuniques.

La tunique interne subit une interruption brusque un peu au-dessus et au-dessous de la moyenne. Sur plusieurs coupes on a pu retrouver des lambeaux de cette tunique interne recroquevillés. Ce fait nous porte à croire que dans les points où le recroquevillement n'existe plus, la tunique interne est tombée mortifiée.

Dans la troisième catégorie de coupes, portant sur la paroi antérieure, nous avons sous les yeux le point le plus large de la rupture des tuniques. Nous retrouvons le caillot et l'adventice intacte, mais infiltrée de sang.

Cette paroi est en même temps décollée, dans une certaine étendue, surtout vers le bout périphérique. Les bords déchiquetés de la tunique moyenne sont séparés par un intervalle de 3 millimètres environ, occupé par un caillot. L'interne s'arrête à une petite distance du rebord libre de la précédente, et sans se recroqueviller.

Tels sont les détails de l'examen microscopique. En somme, dans ce cas, comme dans les cas analogues, on peut constater la résistance de la tunique externe qui se laisse disséquer plutôt que de se rompre, la rupture de la tunique moyenne qui, grâce à son élasticité, se rétracte dans les deux sens ; enfin, la rupture de la tunique interne qui, primitivement recroquevillée, n'a pas tardé à se modifier.

Fait digne de remarque, dans cette lésion, qui date de sept jours, nous ne trouvons pas de traces d'inflammation réparatrice.

A peine un peu d'endartérite sous le caillot manifestée par un peu d'épaississement et l'adhérence de ce caillot. Aucune apparence de bourgeonnement vasculaire de l'endartère ainsi qu'on l'observe déjà à ce moment dans les cas de ligature d'une artère.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 *juin* 1882. — *Présidence de* M. GAVARRET.

La CORRESPONDANCE OFFICIELLE comprend une lettre du ministre de l'Instruction publique transmettant une ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Mathias Duval comme membre de l'Académie.

La CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE comprend : 1° des lettres de MM. Lecorché et Siredey, candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale ; 2° un mémoire manuscrit de M. Régnier, médecin militaire, sur une épidémie de fièvre typhoïde palustre observée à Batna.

FOLIE ET DIVORCE. — *M. Luys* désire répondre brièvement au discours prononcé dans la dernière séance par M. Blanche. Ce discours, dit-il, ne contient que des redites sans aucun argument nouveau. M. Luys ne répondra pas aux allusions personnelles que M. Blanche a semées dans sa communication ; il se contentera de faire remarquer que les faits dont son collègue a parlé n'ont été ni imprimés, ni publiés, qu'il n'y a par suite aucun moyen de contrôle et que M. Luys avait bien raison de rappeler les sages traditions de la Société médicale d'observation.

M. Blanche semble avoir eu jusqu'ici le privilège exclusif de rencontrer des cas de guérison tardive. Tous les auteurs, Esquirol, Calmeil, etc, conseillent de se tenir à cet égard dans une sage réserve, ils citent des cas dans lesquels la rémission a été très longue, mais c'est précisément alors qu'il faut toujours craindre une nouvelle rechute.

Dans les livres et les journaux qu'il a compulsés, M. Luys n'a trouvé que trois cas de guérison, rapportés par un auteur allemand, et dans ces trois cas il s'agissait de manie et non de démence.

M. Luys n'a pas besoin d'atteindre l'âge de M. Blanche pour rencontrer des cas analogues à ceux dont il a parlé, mais il n'a pas vu de guérison complète et définitive. M. Blanche dit que les observations sont rapportées en détail sur ses registres légaux, mais il sait bien qu'aucun de nous n'ira lui demander de consulter ses registres. M. Blanche ne pense pas qu'un jury composé de trois médecins aliénistes puisse être d'accord sur l'état du malade ; mais dans les concours du bureau central on voit bien les sept ou huit médecins qui composent le jury s'accorder sur le diagnostic qui va être discuté par le candidat. A plus forte raison en sera-t-il de même quand il s'agira de trois médecins ayant fait les mêmes études et habitués à s'occuper des mêmes maladies.

DU TRAITEMENT DE LA RAGE PAR LA PILOCARPINE. — *M. Bouley*

s'excuse de ne pas avoir encore parlé à l'Académie du travail de M. Dartigues, de la Gironde, qu'il avait sur son bureau depuis plus de six mois. S'il a beaucoup tardé à faire son rapport c'est qu'il doutait non de la bonne foi de l'auteur, mais de sa parfaite liberté d'esprit au sujet de ce mode de traitement. M. Bouley n'était pas convaincu de la réalité du diagnostic. Depuis, ce mémoire a été couvert sur son bureau par les alluvions de papier que chaque jour apporte, et M. Bouley n'y a plus pensé.

M. Dartigues explique comment il a été conduit à essayer le traitement qui lui a réussi. Il décrit d'abord les symptômes de la rage et donne son opinion sur sa pathogénie. Il administre en même temps contre la rage la strychnine, l'hyoscyamine et le camphre monobromé; il a employé de plus le nitrate de pilocarpine et l'étuve.

L'observation du malade est très courte; ayant cru reconnaître la rage, M. Dartigues donna toutes les heures et ensemble un demi-milligramme d'arsenite de strychnine, un demi-milligramme d'hyoscyamine et un gramme de camphre monobromé ; en même temps ils faisait successivement 60 piqûres de nitrate de pilocarpine, et il enfermait le malade pendant cinq jours dans une caisse, laissant seulement une ouverture pour la tête et chauffée par des bougies et une lampe à alcool.

M. Dartigues parle de « son traitement » : et, ce pronom possessif trahit l'état de son esprit : il a conçu un traitement dont il lui tarde de faire l'application, et il se hâte de considérer comme la rage une maladie qui n'avait peut être aucun rapport avec elle.

Une petite fille qui avait été mordue par un chien supposé hydrophobe a été également soumise à ce traitement. La rage ne s'est pas déclarée.

Malheureusement, M. Dartigues ne décrit que d'une façon très vague les symptômes observés chez ses malades, de sorte qu'il est impossible de contrôler le diagnostic.

Ce traitement a-t-il été inspiré à M. Dartigues par les travaux de M. Pasteur, qu'il appelle dans son style hyperbolique le Christophe Colomb des temps modernes? M. Bouley est d'autant plus porté à en douter que les premières recherches de M. Dartigues datent du mois de juillet 1880, tandis que c'est seulement le 30 mai 1881 que M. Pasteur et ses collaborateurs ont fait connaître leurs travaux sur ce sujet.

Je crois, dit M. Bouley, qu'il n'y a là qu'une erreur de rédaction. La question de bonne foi mise de côté, si quelque chose peut être déduit de cette observation, c'est que les injections de pilocarpine n'ont peut-être pas été inutiles pour calmer les symptômes d'une maladie qui avait peut-être avec la rage quelque similitude; d'ail-

leurs le traitement a été trop complexe pour que l'on puisse rapporter à la pilocarpine seule les résultats obtenus.

M. G. Sée. Depuis que M. Ch. Hardy a extrait du jaborandi la pilocarpine, ce médicament a déjà été employé contre toutes les maladies. Il a paru très apte, par sa simplicité d'action sur les organes sécréteurs, à éliminer un très grand nombre de poisons. M. Sée parle seulement de trois maladies, la diphthérie, l'éclampsie puerpérale et le mal de Bright. Dans ces trois affections la pilocarpine n'a absolument rien donné. M. Archambault a même constaté que, dans la diphthérie, la pilocarpine était un excellent moyen de hâter la mort du malade.

Beaucoup de médecins étrangers confondent toutes les angines avec la diphthérie. De même on a confondu avec le mal de Bright toutes les maladies dans lesquelles il y a de la néphrite ou de l'albuminurie.

On a ainsi rapporté de nombreux cas de guérison par ce traitement de maladies qui auraient guéri toutes seules.

De ces applications, on est arrivé à la rage et à toutes les maladies microbiques. Il y a déjà dix mois que M. Sée a fait des expériences sur la valeur de la pilocarpine dans le traitement de la rage; déjà M. Dujardin-Beaumetz avait fait des expériences semblables sans plus de résultat. M. Sée se contentera d'apporter un fait dans la discussion.

Le 28 novembre 1881, entrait à l'Hôtel-Dieu un homme de 24 ans, employé au gaz, qui avait été mordu au cou par un chien.

Dès le lendemain, il y avait de l'hydrophobie, de l'hyperesthésie générale; le malade a les yeux hagards, il évite de regarder la lumière, la vue d'un verre lui donne des spasmes terribles et il crache constamment, tout en parlant d'ailleurs avec une grande animation.

Dès le début, à onze heures du matin, M. G. Sée lui fait injecter 2 centigrammes de pilocarpine; l'injection est suivie d'une salivation abondante, le crachottement est incessant, l'excitation s'aggrave manifestement; le visage est encore rouge, congestionné. Le malade s'agite constamment et il demande lui-même à être attaché.

A 4 heures et à 6 heures 1/4, on fait deux nouvelles injections de 2 centigrammes de pilocarpine; les symptômes continuent à augmenter.

Devant l'insuccès de ce médicament, M. G. Sée cesse la pilocarpine pour essayer le hoang-nan. Le malade avale la première pilule mais il est pris ensuite d'un spasme violent et il refuse d'avaler la seconde pilule.

Le lendemain matin, M. Sée essaye l'électrisation de la région bulbaire, faite par le Dr Neumann. Après cette électrisation par les

courants continus le calme revint, mais ne dura pas plus de sept ou huit minutes, et le malade mourut à une heure de l'après-midi.

L'autopsie n'a montré que de l'injection des divers organes.

Dans ses recherches dans les divers auteurs, M. Sée n'a pu trouver que l'observation rapportée par M. Ollive devant la Société clinique (V. *France médicale*, 1882, numéro 4, p. 42) dans laquelle on a également employé avec un insuccès complet les injections de pilocarpine.

A l'occasion de cette communication, M. Rendu a rappelé un cas de Balzer qui, en 1875, avait obtenu une détente momentanée par les lavements de jaborandi.

M. Dujardin-Beaumetz attendra, pour prendre part à la discussion, le rapport que M. Bouley doit faire sur le travail de M. Denis-Dumont; en attendant il tient à dire que dans les 23 cas de rage qu'il a pu observer l'année dernière comme membre du conseil d'hygiène, la pilocarpine a été employée six fois et sans succès.

Théoriquement, on pourrait accepter que la pilocarpine peut avoir une influence tout à fait au début, alors qu'on peut espérer éliminer le virus, mais on ne comprend pas qu'elle puisse agir plus tard dans la période de la maladie confirmée.

A 4 heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture de rapports sur les prix.

BIBLIOGRAPHIE

De la contagion de la rougeole, par M. le Dr *A. Béclère*, ancien interne des hôpitaux, in 8°, 110 p. Paris, A. Coccoz, 1882.

Cette excellente thèse, faite à l'hôpital des Enfants dans le service de M. Labric, est résumée dans les conclusions suivantes :

1° La contagion est le seul mode de développement de la rougeole.

2° La rougeole est contagieuse dès le début de la période d'invasion et pendant la période d'éruption ; elle ne semble pas être contagieuse au delà de ce temps et la durée de la période de contagion ne paraît pas excéder 8 à 10 jours.

3° Le contage de la rougeole, de nature inconnue, est contenu dans les produits de sécrétion de la muqueuse respiratoire ; il reste à démontrer qu'il existe ailleurs et en particulier dans les produits de la desquamation cutanée.

4 Le contage de la rougeole est diffusible dans l'atmosphère, mais sa diffusion est très limitée : il ne semble pas pouvoir se répandre au delà de quelques mètres.

5° Le contage de la rougeole est très peu tenace : hors de l'orga-

nisme qui l'a produit, il perd très rapidement ses propriétés nocives: il ne semble pas pouvoir les conserver au delà de quelques heures.

6° Le contage de la rougeole est très rarement transporté par des personnes ou par des objets, en dehors des cas où cette condition est réalisée : transport en très peu de temps à très faible distance.

7° Le contage de la rougeole ne persiste pas dans les bâtiments d'habitation qui ont été occupés par des morbilleux.

8° Il n'y a guère d'immunité contre la rougeole que celle que confère une première atteinte; encore cette immunité n'est-elle pas absolue.

9° Le temps qui s'écoule entre le moment de la pénétration du contage et celui du début de l'éruption a une durée remarquablement fixe et qui ne varie qu'en de très étroites limites. C'est le plus souvent du treizième au quinzième jour à partir du contact infectieux, exceptionnellement un jour plus tôt, un ou deux jours plus tard, qu'apparaît l'éruption.

10° L'existence chez un individu d'une maladie générale, d'une fièvre éruptive, en un mot d'un état pathologique quelconque, non seulement ne lui confère aucune immunité, même temporaire, contre la contagion de la rougeole, mais encore n'altère en rien la durée de la période d'incubation comptée jusqu'au début de l'éruption.

11° Les notions qui précèdent, résultat des recherches de Panum (de Copenhague), de Mayr (de Vienne), et de Girard (de Marseille), sont confirmées par l'étude de la contagion de la rougeole à l'hôpital des Enfants: ces notions expliquent à la fois la fréquence des cas de rougeole contractée dans certaines salles, la rareté de cas semblables dans d'autres salles voisines de celles-ci, la résistance de certains enfants à la contagion et les différences considérables qu'on observe chez les enfants atteints dans la durée du temps qui s'écoule entre leur entrée et l'apparition de l'éruption chez chacun d'eux.

12° La mortalité excessive des enfants qui contractent la rougeole à l'hôpital, due surtout à l'influence fâcheuse qu'exerce sur la marche et la terminaison de cette maladie un état pathologique antérieur plus ou moins grave, impose la nécessité de modifier l'état de choses actuel.

13° Le seul remède est l'isolement dans une salle spéciale des enfants atteints de rougeole; cet isolement très facile à réaliser n'est passible d'aucune objection.

NÉCROLOGIE

Le Dr CREVAUX, médecin de 1re classe de la marine, si connu par les courageux voyages d'exploration qu'il a faits dans ces dernières années, vient de mourir assassiné à en croire les journaux de Rio-de-Janeiro.

Cependant, ni le ministre de la marine, dont le Dr Crevaux dépend en qualité de médecin de 1re classe, ni le ministre de l'instruction publique qui a subventionné la mission, ni même la Société de Géographie, n'ont reçu la moindre dépêche relative à ce massacre, quant à présent du moins.

Il reste donc un espoir de voir la nouvelle démentie.

M. le Dr GALTIER-BOISSIÈRE, ancien commissaire du gouvernement de la République en 1848, vient de mourir à l'âge de 70 ans.

Il laisse de nombreux ouvrages sur la médecine, et un livre très intéressant, intitulé : *Sématotechnie*, ou nouveaux signes phonographiques, précis, fixes et universels, appris en s'amusant

NOUVELLES

CORPS DE SANTÉ. — Par décret en date du 16 juin 1882, ont été promus dans le cadre des officiers de santé militaires :

1° *Au grade de médecin inspecteur :* (Emploi créé.) M. Gaujot (Constantin-Mamez-Gustave), médecin pricipal de 1re classe, sous-directeur et professeur à l'école de médecine et de pharmacie militaire.

2° *Au grade de médecin major de 1re classe :* (Ancienneté.) M. Huchard (Fernand-Gabriel-Victor), médecin major de 2e classe, au 9e régiment de dragons, à Peris, en remplacement de M. Judée, retraité.

(Choix.) M. Geschwind (Henri-Prospe), médecin major de 2e classe, au 6e bataillon de chasseurs à pied, à Romorantin, en remplacement de M. Noël, retraité.

UNIVERSITÉ DE NEW-YORK. — Le Dr Hermann Knapp vient d'accepter la chaire d'ophthalmologie laissée vacante à l'université de New-York par la démission du Dr Roosa.

LABORATOIRES D'ARCACHON. — Nous apprenons avec le plus vif plaisir que dans sa session ordinaire de mai, sur la proposition de M. le recteur, le Conseil municipal de la ville d'Arcachon a voté une allocation de 1 500 francs pour l'année courante, et une subvention de 2 000 francs pour les années suivantes en faveur des laboratoires de recherches pour l'histoire naturelle marine, créés et organisés en ce moment par la *Société scientifique* de cette ville, avec le concours actif de la Faculté de médecine et de pharmacie, et de la Faculté des sciences de Bordeaux. C'est maintenant au Conseil général de la Gironde et au ministère de l'instruction publique d'encourager de leur côté une œuvre d'un si grand intérêt pour l'enseignement supérieur en générale, et pour toute l'université de Bordeaux ea particulier. M. Ouvré, recteur de notre académie, apporte tous ses soins à cette affaire, et nous sommes ainsi absolument assurés du succès.

La *Société scientifique* d'Arcachon vient d'être autorisée à instituer une loterie de 20 000 billets à 1 fr., dont le produit servira à la construction de ses laboratoires d'histoire naturelle marine. C'est la première fois, croyons-nous, qu'on a recours à une loterie pour atteindre un but scientifique. (*Journal d'hist. nat. Bordeaux.*)

CHARLATANISME. — L'autorité compétente vient de demander au procureur de la République de poursuivre correctionnellement les officiers de santé et les médecins étrangers qui prennent le titre de docteurs en médecine.

Depuis quelque temps, le nombre des médecins des facultés étrangères, telles que celles d'Iéna, de Boston, etc., etc., qui viennent s'installer à Paris est considérable.

Sur une simple déclaration faite à la préfecture de la Seine, ils sont autorisés à exercer en France, mais l'autorité tient à ce que la population ne s'y trompe pas et ne s'adresse pas à des praticiens dont le savoir n'est pas suffisamment connu.

En conséquence, les médecins étrangers et les officiers de santé seront invités à mettre sur leurs ordonnances ou sur les plaques indicatives de leur profession, s'ils sont officiers de santé ou s'ils ont reçu leur diplôme dans des facultés étrangères.

D'ailleurs, depuis longtemps, les commissaires de police sont invités à s'abstenir de prendre les médecins de la catégorie que nous venons d'indiquer pour leurs constatations judiciaires.

NÉCROLOGIE PHARMACEUTIQUE de mai 1882. — MM. Barbet, honoraire, à Carignan (Ardennes); Humbert, honoraire, à Saint-Dié (Vosges). Brou-Duclaud, juge au Tribunal de commerce, membre du jury, ancien maire de Rochefort (Charente-Inférieure); Fayolle, 38, rue Notre-Dame-de-Lorette, Paris; Coudour, à Saint-Rambert-sur-Loire (Loire); Guérin et Aubert, Paris. (*Union pharmaceutique.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. DELAHAYE et Em. LECROSNIER, *place de l'École-de-Médecine.*

Eléments d'orthopédie par le professeur DUBRUEIL. 1 vol in-18, avec 84 figures intercalées dans le texte, etc. 6 fr.

Étude sur la goutte et sur ses différents modes de traitement, par le Dr SOULIGOUX, médecin consultant à Vichy. 1 vol. in-8. 5 fr.

Contribution à l'étude des troubles fonctionnels de la vision par lésions cérébrales, amblyopie croisée et hémianopsie, par le Dr C. FÉRÉ 1 vol. in-8, avec 49 figures dans le texte. 3 fr. 50

Etude clinique sur l'absinthisme chronique, par le Dr GAUTIER. 1 vol. in-8. 3 fr.

Du vaccin de génisse, étude comparative du vaccin animal et du vaccin humain surtout au point de vue préservatif, par le Dr CLAUDO. 1 vol. in-8, avec 5 planches. 3 fr.

Etude sur les vices de conformation de l'urèthre chez la femme, par le Dr NUNEZ. 1 vol. in-8, avec une planche 3 fr. 50

Etude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales, par le Dr BRA 1 vol. in-8. 2 fr. 50

Contribution à l'étude de l'albuminurie survenant dans le cours des accidents secondaires de la syphilis, par le Dr COHADON. In-8. 2 fr.

Les Eaux de Châtel-Guyon, par le Dr VOURY. 1 vol. in-8. 1 fr. 50

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince

7770,6

Neuvième année — Tome I. N° 73 Samedi 24 Juin 1882

LA
[F]RANCE MÉDICALE

[BU]REAUX
[On s']abonne chez
[...]E et E. LECROSNIER
Place
[de l'Éco]le-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
France............ 15 fr.
Union postale... 18 fr.
Pays d'outre-mer.. 20 fr.

COMITÉ DE RÉDACTION :

A. RICHET
[Profess]eur de clinique chirurgicale, [Membr]e de l'Acad. de médecine.

MICHEL PETER
Professeur de pathologie médicale, Membre de l'Acad. de médecine.

H. DEPAUL
Professeur de clinique obstétricale, Membre de l'A[ca]d. de médecine.

P. BERGER
[Profess]eur agrégé à la Faculté, [Chir]urgien des hôpitaux.

E. BOTTENTUIT
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin consultant aux Eaux de Plombières.

F. LABADIE-LAGRAVE
Médecin des [hô]pitaux.

[Adress]er ce qui concerne la Rédaction à M. le D[r] E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef. 56, r[ue] de Londres.
[Les ou]vrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
[Les an]nonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur


VÉRITABLES
GRAINS
de Santé
du docteur
FRANCK


VÉRITABLE
EXTRAIT DE VIANDE
LIEBIG
PRÉCIEUX POUR MALADES & MÉNAGE
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'HONNEUR
EXIGER le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Épiciers & Pharmaciens.


LITS ET FAUTEUILS MÉ[CANIQUES]
POUR MALADES & BL[ESSÉS]
VENTE ET LOCAT[ION]
DUPONT, à PA[RIS]
10, rue Hautefeuille (coin r. Serpente)
OUVERT.
Fauteuil à ...


POUGU[ES]
rendre une bout. ...
au repas contre ...

29e Année. — Tome I. — N° 73. Samedi 24 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Erysipèle contracté par contagion directe et propagé à tout le tube digestif. Guérison

Par H. RENDU,
Agrégé, Médecin de l'hôpital Tenon.

Mme X..., âgée d'une soixantaine d'années, tombe dans son escalier, vers le milieu du mois de mars dernier et se fait une plaie de tête grave. Cinq ou six jours après, au moment où la plaie commençait à se déterger, commence un violent frisson, accompagné d'une douleur vive à la nuque et d'une fièvre intense. C'était le début d'un érysipèle qui, après avoir occupé successivement tout le cuir chevelu, descendit le long de la nuque, gagna les épaules, le dos, et finit par épuiser son action après avoir parcouru la presque totalité du tronc. Pendant les trois semaines que dura l'érysipèle, la situation resta grave, l'état général mauvais, il y eut du délire, de la sécheresse de la langue, un ensemble de phénomènes typhoïdes, mais néanmoins l'affection évolua régulièrement, et suivit la marche habituelle des grands érysipèles chirurgicaux.

La convalescence de cet érysipèle commençait, la malade pouvait être considérée comme hors de danger, lorsque le 14 avril, la fille de cette dame, âgée de 34 ans, qui l'avait soignée tout le temps avec la plus grande sollicitude et qui avait passé une partie des nuits à veiller sa mère, commit l'imprudence d'écorcher un petit bouton d'acné qu'elle portait sur la joue gauche. Elle n'y fit aucune attention, mais le soir même, elle commença à éprouver du malaise et une extrême lassitude, en même temps qu'une cuisson notable au niveau de la petite excoriation.

Le lendemain 15 avril, un grand frisson, suivi d'une fièvre ardente et d'une douleur très vive à l'angle de la mâchoire gauche, annonça l'invasion de l'érysipèle. Une plaque rouge, indurée, douloureuse, occupait la joue au pourtour de la pustule d'acné qui avait servi de porte d'entrée au contage. L'état général était du reste assez bon ; le pouls battait 110, la température atteignait 39°,5, il n'y avait ni délire, ni sécheresse de la langue, ni prostration. L'affection s'annonçait comme un érysipèle simple, sans malignité apparente.

Pendant les trois jours suivants, on put croire qu'il en serait ainsi. La plaque érysipélateuse de la joue avait gagné l'oreille gauche, la paupière du même côté et une partie de la tempe ; la rougeur de la peau était peu intense, le gonflement moyen, on ne constatait point de phlyctènes ni de tendance à la suppuration ; la fièvre se mainte-

nait dans des limites modérées, et, sauf l'insomnie et une soif vive, qui fatiguaient la malade, tout se passait régulièrement.

Le 19 et le 20, l'érysipèle envahit le cuir chevelu et l'oreille droite, en contournant en arrière la région occipitale : la fièvre devient plus intense et l'abattement plus marqué ; le symptôme prédominant était une somnolence continuelle, mais sans délire, la soif persistait et tourmentait beaucoup la malade. (Traitement : applications de compresses froides sur le cuir chevelu, potion cordiale additionnée de 4 grammes d'acétate d'ammoniaque. Bouillon et lait comme régime.)

Le 21, le front et l'œil droit étaient atteints à leur tour, et toute la face présentait un gonflement considérable. Pendant la nuit, un peu de délire tranquille s'était manifesté, mais, tout en étant sérieux, l'état de la malade correspondait exactement à ce que l'on voit habituellement dans les érysipèles de la face d'intensité moyenne.

Dans la soirée du 21, le nez et la lèvre supérieure se gonflèrent à leur tour, et la langue devint sèche. A partir de ce jour, des accidents nouveaux et insolites se manifestèrent.

Le lendemain matin, en effet, il était visible que l'érysipèle, partout en décroissance sur les oreilles et sur le cuir chevelu, s'était étendu au contraire rapidement à toute la cavité buccale. Les deux lèvres, considérablement tuméfiées, ainsi que les narines, étaient recouvertes de croûtes brunes et fuligineuses. La langue, sèche et noirâtre, était grosse, douloureuse et se maintenait difficilement dans l'intérieur de la bouche ; les dents avaient laissé leur empreinte sur ses bords. Le fond de la gorge était à peu près inaccessible, en raison de la douleur excessive que causaient l'exploration buccale et l'ouverture des lèvres ; mais, à en juger par l'intensité de la dysphagie, qui ne permettait presque pas à la malade de déglutir les liquides, il était évident que le pharynx était le siège d'un gonflement érysipélateux du même ordre (glace en permanence dans la bouche, lait glacé comme boisson, badigeonnages de la langue avec de la glycérine additionnée de jus d'orange).

L'état général s'était sensiblement aggravé. La fièvre restait forte : 120 pulsations, 40° de température ; la prostration était extrême ; le délire persistait, mais peu intense et seulement par intervalles ; la malade respirait péniblement, en raison de l'obstruction mécanique de la gorge et des narines ; l'auscultation ne révélait aucune complication pulmonaire ni cardiaque. Les urines étaient légèrement albumineuses, rares, et chargées de matières colorantes et d'urates.

Le 22. La nuit n'a apporté aucune amélioration à l'état de la veille ; la bouche est toujours sèche, gonflée et fuligineuse, la dysphagie très accentuée. Un nouveau symptôme s'est montré : ce sont des nausées incessantes, accompagnées d'une vive douleur épigas-

trique ; dans la journée, deux fois des vomissements bilieux se produisent, bien que la malade prenne toutes ses boissons à la glace.

Dans la crainte que l'abus des boissons n'ait troublé la digestion de la malade, je restreins la quantité du liquide et lui fais prendre le lait coupé d'eau de Vichy, à petites doses.

Cependant le soir, non seulement la douleur épigastrique n'a pas cessé, mais les troubles abdominaux se sont singulièrement aggravés. Le ventre, considérablement ballonné, se dessinait sous les couvertures comme celui d'une femme atteinte de péritonite puerpérale ; à travers les parois de l'abdomen, on voit le relief des anses intestinales immobiles. En même temps s'est déclarée une diarrhée abondante ; en quelques heures, la malade a eu de six à huit garde-robes liquides, jaunâtres et fétides. L'abdomen, quoique très distendu, reste peu sensible et nulle part la palpation n'y développe de vives douleurs. La gêne la plus considérable qui en résulte est la dyspnée, qui par le fait du refoulement du diaphragme a notablement augmenté, sans que l'auscultation montre le moindre indice de congestion pulmonaire.

Mais si ces symptômes locaux conservent une bénignité relative, par contre l'état général s'est aggravé dans de telles proportions, que la vie de la malade paraît en danger prochain. Le collapsus était complet ; la malade, indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle, répond à peine aux questions et ne reconnaît que momentanément les personnes qui la soignent. Elle reste sous l'influence d'un délire calme et continuel, et, dans ses moments de lucidité, se rend parfaitement compte de la gravité de sa position. La langue conserve toujours l'aspect typhoïde, le pouls est petit, presque misérable, à 130 pulsations, mais régulier ; les battements de cœur gardent encore de l'énergie. Les urines et les garde-robes s'échappent involontairement. La surface du corps est brûlante (40°5), de temps en temps couverte de sueurs froides.

Dans ces conditions, malgré l'état nauséeux qui persiste (bien que les vomissements eussent cessé), je fais faire toutes les trois heures une lotion froide vinaigrée sur le dos, la poitrine et le ventre, pour diminuer l'hyperthermie ; à l'intérieur, le café glacé, l'acétate d'ammoniaque à la dose de 4 grammes sont continués; tous les soirs, le malade prend un lavement additionné de 0,60 d'acide phénique. J'étais décidé, si le collapsus s'aggravait, à employer les injections sous-cutanées d'éther.

Le lendemain 23, la situation reste absolument la même, sans s'aggraver. Le ballonnement du ventre, la diarrhée, le collapsus, le subdelirium persistent, ainsi que la haute température (40°2). Cependant, sous l'influence de compresses froides appliquées sur le ventre, il semble y avoir une légère détente.

La journée du 24 offre les mêmes péripéties ; la diarrhée continue à être profuse, et une ou deux fois les selles s'échappent involontairement, bien que la malade garde une certaine conscience de ce qui se passe. Pour diminuer le flux intestinal, je fais ajouter 10 centigrammes d'extrait thébaïque à la potion.

Le 25, il semble y avoir un peu de mieux. La nuit a été relativement plus calme ; quoique l'abattement et le collapsus persistent, la langue est moins sèche et moins fuligineuse, la peau plus moite, tout en restant à une température élevée (39°8). Le météorisme abdominal est toujours aussi considérable, mais la diarrhée a diminué ; elle n'a été que de trois garde-robes pendant la nuit. La journée se passe sans incidents, et le soir, malgré une recrudescence de la fièvre, l'état général paraît décidément meilleur.

Le 26. Le mieux continu, et pour la première fois depuis quatre jours, la tympanite abdominale est un peu moindre. La langue, encore très saburrale, est humide et la soif a diminué ; la température du corps n'est plus qu'à 38°7 ; il se fait une détente générale de tous les symptômes. A la face, la desquamation de l'érysipèle se fait par larges plaques, et la dermite inflammatoire est en voie de disparaître ; mais le menton et le cou sont encore empâtés, durs, résistants et douloureux. A la nuque et sur le dos, des jetées érysipélateuses descendent vers les épaules, mais sans présenter de bourrelet périphérique, ni de sensibilité locale bien grande ; en somme, l'aspect de l'éruption est celui d'un érysipèle à son déclin, et la diminution de la fièvre concorde bien avec cette apparence.

Dans la soirée, tout en se trouvant mieux comme état général, la malade accuse au pourtour de l'anus et dans toute la région périnéale, une douleur vive, avec sensation de chaleur, de tension et d'élancements. Les mouvements sont fort douloureux, et le décubitus dorsal lui-même provoque des souffrances assez pénibles. L'examen de la région fait voir en effet un gonflement diffus, sans rougeur appréciable, et la pression à ce niveau est très douloureuse, comme dans les phlegmons en voie de formation. (Cataplasmes.)

Le 27. Diminution progressive de la tympanite abdominale, chute presque complète de la fièvre, état général incontestablement meilleur. Mais l'empâtement du cou persiste depuis le menton jusqu'au sternum, et la douleur très aiguë que ressent la malade quand elle tourne la tête ou quand on presse sur la région indique l'imminence d'un abcès. De même, au pourtour de l'anus, le gonflement et la résistance sont aussi accusés que la veille, et les efforts pour aller à la garde-robe provoquent des douleurs très vives. Heureusement qu'avec la tympanite a disparu presque complètement la diarrhée ; il n'y a eu que trois selles dans les vingt-quatre heures.

Le 28 et le 29, les symptômes du phlegmon du cou s'accentuent :

n ne sent pas encore de fluctuation, mais une résistance profonde ndiquant que le pus est infiltré dans les mailles du tissu cellulaire. Le cou est devenu énorme, la tuméfaction s'étend depuis le menton usqu'aux clavicules. Les mouvements de déglutition sont un peu loulouroux ; mais surtout ceux de rotation et de flexion du cou. A l'anus, l'abcès s'est ouvert spontanément pendant la nuit, et une quantité notable de pus grisâtre, très fétide, s'est échappée par la istule (lotions phéniquées, cataplasmes). La fièvre est presque complètement tombée ; néanmoins la malade se plaint de frissons erratiques, en rapport avec la formation du pus des abcès. L'érysipèle, d'ailleurs, est en pleine décroissance et il n'envoie plus de nouvelles jetées dans le dos ni sur les reins.

2 mai. On sent manifestement, au-dessus de la clavicule gauche, un point fluctuant où le pus semble collecté. Sous le menton, il existe un autre petit foyer, une incision est pratiquée en ces deux endroits, et une assez grande quantité de pus phlegmoneux s'en écoule. Une mèche phéniquée est introduite par la plaie claviculaire et conduite de bas en haut jusqu'au voisinage du larynx à travers les tissus décollés. Dans la journée, on est obligé de changer plusieurs fois les pièces du pansement (gaze phéniquée) en raison de l'abondance de l'écoulement purulent.

A partir de ce moment, l'état général et local s'améliorent rapidement. Le ballonnement du ventre n'existe plus, l'appétit revient, la fièvre est tombée, la desquamation érysipélateuse s'achève sur tous les points envahis par le mal, et la malade entre franchement en convalescence.

Quelques jours plus tard, cependant, alors que tout semblait terminé, un nouvel abcès se forma à la nuque, au niveau des ganglions sous-occipitaux et dut être ouvert le 15 mai. Ce fut là le dernier incident de la maladie, et depuis lors, sauf un notable degré d'amaigrissement et de faiblesse, la malade a presque repris sa santé normale.

Il est difficile, après avoir suivi attentivement l'évolution de cet érysipèle, de se défendre de l'idée que l'inflammation septique, d'abord localisée aux téguments de la face et du cuir chevelu, a envahi dans sa totalité la muqueuse intestinale, depuis la bouche jusqu'à l'anus. Pour la cavité buccale, le doute n'est pas possible ; le gonflement progressif des lèvres et de la langue, la dysphagie et l'angine, témoignent de la propagation de la dermite cutanée, qui, sur la muqueuse des joues et des lèvres présentait identiquement les mêmes caractères que sur la peau.

Le lendemain, des nausées, des vomissements éclatent, et semblent indiquer que l'estomac se prend ; le surlendemain, ce sont les symptômes d'une violente entérite qui prédominent, ballonnement

excessif du ventre, coliques sourdes, diarrhée profuse et fétide. Cette tympanite et cette diarrhée persistent, avec une intensité alarmante, pendant cinq jours consécutifs et ne commencent à décroître qu'au bout d'une semaine. C'est alors que se déclarent des douleurs vives, du gonflement périanal, et tous les symptômes d'un phlegmon qui, en trois ou quatre jours, aboutit à un abcès de la marge de l'anus.

Ce dernier épiphénomène me semble avoir une valeur considérable dans l'interprétation des désordres intestinaux. Rapproché de l'éclosion d'un abcès sous-mentonnier et cervical, aux points où l'érysipèle avait envahi primitivement la peau, le phlegmon anal démontre, suivant moi, d'une façon formelle la réalité de l'érysipèle de l'intestin. Des vomissements, dans le cours de cette maladie infectieuse, sont chose banale; de la diarrhée, quoique symptôme insolite, ne signifie pas nécessairement l'invasion de la muqueuse par l'érysipèle, car on peut la rencontrer dans presque toutes les pyrexies septiques. Nous ne serions donc pas autorisé à conclure d'une manière péremptoire en faveur de l'existence de l'érysipèle viscéral, s'il n'y avait eu que les troubles fonctionnels d'embarras gastrique et de diarrhée. J'avoue même que tout d'abord j'ai rejeté cette hypothèse, et que j'incriminais l'abus des boissons froides qui avaient pu chez la malade perturber les fonctions digestives. Mais ma conviction s'est faite absolument le jour où j'ai vu se produire un phlegmon anal, à l'instant précis où le ballonnement du ventre diminuait, où la diarrhée cédait parallèlement et où il était visible que les phénomènes viscéraux étaient en pleine décroissance. Il devenait pour moi démontré que le phlegmon érysipélateux, après avoir pénétré de dehors en dedans par l'orifice buccal, tendait de nouveau à se montrer à l'extérieur, et franchissait le sphincter anal. Comme cela se voit fréquemment dans l'histoire de l'érysipèle, la marche serpigineuse de la phlegmasie s'est enrayée au moment où se sont produites des collections purulentes; simultanément deux abcès, l'un cervical, l'autre périanal, ont jugé pour ainsi dire la maladie, et leur évacuation a été le signal de la convalescence. J'ai tenu à rapporter en détail ce cas clinique, parce que la réalité de l'érysipèle des voies digestives a été mise en doute, et que la plupart des observations publiées sous ce titre peuvent à bon droit être discutées. Ici, au contraire, la marche des accidents a été si constamment régulière et la terminaison par abcès rectal a présenté une allure tellement caractéristique, qu'il me semble difficile d'admettre la possibilité d'une autre interprétation légitime.

REVUE DE LA PRESSE

—

De la couleur rouge des urines diabétiques traitées par le perchlorure de fer. — Depuis que Gerhardt a attiré l'attention sur ce fait, on sait parfaitement que, dans certains cas de diabète, les urines deviennent rouges par l'addition de perchlorure de fer. La substance à laquelle cette réaction paraît due est généralement connue sous le nom d'acide éthyldiacétique. Lorsqu'on ajoute de l'eau, il se décompose en acétone, alcool et acide carbonique, et comme ces corps existent fréquemment dans l'urine diabétique, Gerhardt pense que ce sont les produits de décomposition de la substance à laquelle l'urine doit sa coloration rouge.

Il existe toutefois d'autres substances dont la présence dans l'urine donne lieu à une coloration semblable par l'addition de perchlorure de fer, par exemple l'acide salicylique et ses sels. Pour distinguer la réaction de l'acide éthyldiacétique de celle des autres substances, Von Jaksch (*Zeitschr. für Heilk.*, fasc. 3) fait remarquer : 1° que lorsqu'on fait bouillir l'urine pendant cinq ou six minutes, l'acide éthyldiacétique se décompose et ne donne plus la réaction signalée, et 2° que lorsqu'on extrait cette substance de l'urine en l'agitant avec de l'éther et lorsque la solution éthérée est rendue rouge par l'addition du perchlorure de fer, cette coloration rouge disparaît graduellement après avoir duré quelques jours. Ces réactions sont suffisantes pour distinguer l'acide éthyldiacétique, mais l'auteur en donne un certain nombre d'autres pour lesquelles nous renvoyons le lecteur à son mémoire lui-même.

Jaksch donne avec quelques détails les résultats cliniques de l'examen d'un certain nombre d'urines. En ce qui concerne la réaction du perchlorure de fer dans l'urine diabétique, il en déduit les faits suivants : 1° Dans tous les cas où le malade meurt dans le coma, l'urine donne cette réaction. 2° Cette réaction se montre très souvent sans qu'il y ait de coma. 3° Sa présence ne dépend en rien du genre de nourriture. 4° Aucun des médicaments qui peuvent être employés : eau de Carlsbad, huile de foie de morue, acide lactique, mannite, lichen, ni même l'acide éthyldiacétique ou l'acétone, ne peut donner dans l'urine cette réaction rouge.

L'auteur a constaté non pas seulement dans le diabète, mais aussi dans la scarlatine, la rougeole et d'autres exanthèmes aigus la présence dans l'urine de la substance qui donne cette coloration rouge.

Traitement du diabète. — Le Dr *Wm Squire* dans un article publié par *The Pratictioner* (mai 1882, p. 446) fait entre autres les remarques suivantes. La valeur de la codéine est au-dessus de toute discussion. On rend la moiteur à la peau en donnant trois ou quatre

fois par jour, pendant quelque temps, deux ou trois gouttes d'acide phénique dans 30 grammes d'eau. Cette solution, employée en gargarisme, fait cesser le sécheresse de la bouche et de la gorge. Cette solution doit toujours être donnée chez les sujets diabétiques lorsqu'il se produit un abcès ou un furoncle, deux jours avant de faire aucune incision. Dans une forme d'albuminurie coexistant avec le diabète, c'est-à-dire lorsqu'il se montre de la néphrite parenchymateuse dans le cours d'un diabète typique, le lait doit être absolument défendu. L'anxiété causée par la coexistence du sucre et de l'albumine diminue rapidement lorsqu'on cesse le lait pour donner exclusivement de la crème. On peut préparer de la manière suivante un gâteau à la crème très agréable. Faites griller une once de pain avec l'écorce de deux citrons et mêlez avec 15 grammes de glycérine; ajoutez-y trois blancs d'œuf, 60 grammes de crème et 30 grammes de beurre frais, faites fondre à la chaleur; ajoutez-y le jus des deux citrons et les jaunes des trois œufs, bien battus. Mêlez le tout ensemble et faites cuire au four à un feu vif pendant vingt minutes. On modifiera la consistance de cette confection en mettant un peu plus de glycérine ou un peu moins de jus de citron. On mangera froid.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 juin 1882. — Présidence de M. Labbé.

Fracture du conduit auditif externe. — *M. Farabeuf* lit un rapport sur une observation de M. Baudrimont, de Bordeaux, accompagnée de nombreuses expériences cadavériques.

La cause est une chute sur le menton qui agit d'autant mieux que le malade a moins de dents, celles-ci paraissant amortir le choc. Les condyles rentrent dans le conduit auditif externe. Le maxillaire paraît transporté en arrière en bas. La membrane du tympan est perforée. Les autres symptômes sont l'otorrhagie et une saillie dans le conduit auditif externe. Chez le sujet de l'observation, la réduction fut facile, mais l'articulation suppura.

L'auteur croit qu'un grand nombre de fractures du crâne guéries ne sont autre chose que des fractures du conduit auditif externe.

Arthro-synovite tuberculeuse. — *M. Lannelongue* continue la communication qu'il avait commencée à la séance précédente. Il insiste d'autant plus sur son travail que les faits qu'il produit ne sont pas isolés, mais sont les matériaux d'un échafaudage qu'il veut dresser.

Il démontre que le tubercule est le point de départ de toutes les lésions attribuées à la tumeur blanche dite scrofuleuse. Les éléments pris dans les fongosités, dans les foyers caséeux des os et les mem-

branes des abcès sont des éléments spécifiques; car ils sont inoculables. M. Lannelongue a réussi à inoculer huit lapins sur onze, et des trois derniers un est mort mangé par les rats; c'est donc huit sur dix, et les lapins étaient dans d'excellentes conditions hygiéniques.

On ne doit plus décrire les arthrites tuberculeuses et scrofuleuses; il n'y a que des arthrites tuberculeuses.

L'auteur examine ensuite les différents éléments de l'articulation pour savoir quelle part ils prennent à la maladie.

Le cartilage n'est jamais primitivement touché par le tubercule; cependant il existe deux observations contraires de Hayem et de Lediberder.

Les altérations primitives de la synoviale sont indiscutable, après les travaux de Cornil, Laveran, Roux et Ollier, Lannelongue, Brissaud, Koster. En Allemagne, on admet que le début par la synoviale est beaucoup plus fréquent que le début des os. En France, on a décrit la tumeur blanche synoviale et la tumeur blanche osseuse.

Le point de départ, pour l'orateur, est presque toujours l'os.

Les altérations dans l'os sont donc primitives et elles peuvent être: 1° circonscrites, sous forme d'un foyer jaune, caséeux, qui peut rester indéfiniment stationnaire ou progresser lentement, ou, au contraire, marcher rapidement; 2° ou diffuses, dans lesquelles toute l'épiphyse est prise.

Dans ces premiers stades, le tubercule est parfaitement visible; plus tard il devient difficile de le retrouver alors que les altérations sont trop prononcées. Les cas les plus favorables sont ceux où le foyer caséeux est sec; quand il y a du pus tout autour, il y a danger d'envahissement.

L'altération de la synoviale se fait d'abord par l'envahissement du point où celle-ci se replie sur l'os, et les altérations finissent par se généraliser. L'envahissement se fait aussi par l'érosion des cartilages et peut-être par l'intermédiaire des lymphatiques.

La lésion articulaire est tout d'abord une arthrite *réactionnelle*; plus tard, elle devient une arthrite *tuberculeuse*.

L'autre épiphyse de la jointure est bientôt menacée, et ce sont les points où la pression est la plus forte qui s'altèrent les premiers.

L'ordre de succession des lésions est loin d'être fatal; il peut y avoir des temps d'arrêt, de régressions, des métamorphoses, comme l'a montré M. Grancher.

Conclusions pratiques. — L'ostéo-arthrite tuberculeuse se présente sous deux formes cliniques correspondant à deux âges ou mieux à deux périodes d'évolution différentes.

A l'état latent, quand la synoviale est à peine prise, l'épiphyse à peine sensible, une intervention serait téméraire, car on ne connaît pas le siège exact de la lésion; il suffira du repos, de l'immobilisa-

tion, de la révulsion, de l'éloignement des surfaces articulaires, d'une bonne hygiène.

Si la synoviale se prend, une compression bien faite, l'ignipuncture de M. Richet, les injections interstitielles de M. Le Fort ou de M. Marc Sée pourront donner de bons résultats.

Quand il y a un abcès, il faut intervenir, il faut enlever l'agent virulent, le tubercule, le poursuivre dans tous les points où il peut exister, enlever l'abcès, rechercher son origine dans l'os, faire le curage, l'évidement et même une résection partielle. Si l'abcès communique avec la cavité articulaire, on agira de même, on détruira la synoviale et même l'épiphyse ; il m'est arrivé souvent d'enlever plusieurs os du tarse et du métatarse, de la main et du poignet sans aucun accident, et même des épiphyses entières que j'ai évidées aussi. Ce mode de traitement ne permettra pas toujours néanmoins d'éviter la résection ou les amputations.

M. Verneuil prend la parole pour défendre sa classification.

La plupart des orateurs qui se sont succédé à la dernière séance ont admis deux variétés de fongosités, les unes tuberculeuses, les autres inflammatoires. Il croit qu'il faut en admettre une troisième qu'il n'a observée que chez les adolescents qui, par leurs antécédents ou l'état actuel, n'étaient nullement scrofuleux, et surtout au genou ; on dirait d'énormes hydarthroses avec la fausse fluctuation, survenues sans accidents fébriles, sans lésion osseuse d'aucune sorte. La guérison s'obtient au bout d'un temps plus ou moins long par l'immobilité, la compression, la révulsion iodée.

Il a vu un cas de ce genre chez un malade à qui Follin avait commencé à faire la résection du genou ; les fongosités avaient l'aspect rosé de tumeurs fibro-plastiques et les cartilages étaient absolument intacts de même que les épiphyses.

Il admet une quatrième variété observée dans les gaines du poignet ; il s'agissait alors de véritables tumeurs fibro-plastiques développées sur les tendons et qui ont la tendance à la récidive de ces tumeurs. Il a vu un cas de ce genre où il croyait avoir affaire à un kyste séreux de la gaine.

M. Trélat répond brièvement que dans les cas cités par M. Verneuil rien ne prouve, en l'absence d'autopsie, qu'on ait eu affaire à de véritables synovites fongueuses ; on pouvait avoir affaire à des épaississements périsynoviaux comme on en observe dans les vieilles hydarthroses. Quant à la lésion du malade de Follin et à celle des gaines du poignet, elles correspondent exactement à l'aspect des affections où on a observé du tubercule type. Il n'est pas douteux que beaucoup de fongosités articulaires ou synoviales qu'on considérait comme simples, il y a encore quatre ou cinq ans, ne soient des fongosités tuberculeuses.

M. Horteloup lit une observation envoyée par M. Dubrueil, de Montpellier, intitulée : *Hémiplégie et mort à la suite de la ligature de la carotide externe.* L'autopsie n'a pu être faite. L'auteur admet que le caillot formé dans la carotide externe s'est prolongé dans la carotide primitive, et de là a été chassé par le courant sanguin dans la carotide interne.

Présentation de pièce. — *M. Horteloup* présente à la Société une pièce anatomique très remarquable. C'est l'urèthre d'un homme opéré, il y a trois ans, d'uréthrotomie externe, auquel quelques jours après l'opération il avait pu passer une bougie Béniqué n° 44. Il est resté trois ans dans son service sans qu'on lui ait passé la moindre bougie. Il est mort de néphrite chronique. Le jour de sa mort, M. Horteloup a pu passer très facilement une bougie n° 20.

En examinant la pièce, on voit que le canal de l'urèthre est aussi large dans le point où a porté la section que dans le reste de son étendue et on ne voit aucune bride cicatricielle.

Présentation d'instrument. — *M. Labbé* présente un aspirateur pour l'évacuation des débris calculeux après la lithotritie rapide, construit par MM. Fonnegra et Duran. La poire en caoutchouc est remplacée par une seringue métallique. *Cet appareil, pour une foule de raisons trop longues à énumérer, nous paraît très inférieur à celui de Bigelow, de Thompson, et surtout à celui de M. Guyon.*

P. Bazy.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. (Tableau des actes du 26 juin au 1er juillet 1882.) — *Lundi*, 26. — Doctorat, 2e (nouveau régime, dissection): MM. Verneuil, Tillaux et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure. à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 1er (oral): MM. Guyon, Duplay et Marchand. — 2e (nouveau régime, 2e partie, physiologie) : MM. Béclard, Fournier et Ch. Richet. — 3e (ancien régime) : MM. Regnauld, Hanriot et Bocquillon. — 3e (ancien régime) : MM. Baillon, Gariel et Henninger. — 4e : MM. Bouchardat, Vulpian et Bourgoin. — 4e : MM. Charcot, Hayem et Landouzy. — 5e (Charité) : MM. Trélat, Potain et Budin.

Mardi, 27. — Doctorat, 2e (nouveau régime, dissection): MM. Sappey, Cornil et Richelot. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 2e (nouveau régime (oral), 1re partie, anatomie, histologie): MM. Robin, Panas et Peyrot. — 4e : MM. G. Sée, Laboulbène et Raymond. — 4e: MM. Bouchard, Brouardel et Troisier. — 5e (Charité) : MM. Richet, Jaccoud et Charpentier. — 5e (Charité) : MM. Pajot, Lasègue et Humbert.

Mercredi, 28. — Doctorat, 1er (Nouveau régime, dissection): MM. Béclard, Trélat et Farabeuf. (*Epreuve pratique* : Cette épreuve aura lieu à 1 heure, à l'ancien collège Rollin, entrée rue Vauquelin.) — 3e: MM. Bail-

lon, Hanriot et Gay. — 3e : MM. Regnauld, Gariel et Bocquillon. — 4e : MM. Bouchardat, Hayem et A. Ollivier. — 1re classe (sages-femmes) : MM. Depaul, Fournier et Tillaux. — Doctorat, 5e (Charité): MM. Potain, Duplay et Budin. — 5e (Hôtel-Dieu) : MM. Parrot, Guyon et Pinard.

Jeudi, 29. — Doctorat, 1er : Sappey, Le Fort et Pinard. — 2e (nouveau régime (oral), 1re partie, anatomie et histologie) : MM. Robin, Panas et Richelot. — 2e (nouveau régime (oral), 1re partie, anatomie et histologie : MM. Richet, Cornil et Berger. — 2e (ancien régime, oral) : MM. G. Sée, Jaccoud et Humbert. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Lasègue, Brouardel et Bouilly. — 3e (nouveau régime, 2e partie (oral), pathologie interne et pathologie générale) : MM. Bouchard, Peter et Legroux.

Vendredi, 30. — Doctorat, 1er (oral): MM. Béclard, Verneuil et Terrillon. — 1er (oral): MM. Trélat, Tillaux et Ch. Richet. — 2e (nouveau régime (oral), 1re partie, anatomie et histologie) : MM. Vulpian, Hayem et Rémy. — 2e (nouveau régime, 1re partie (oral), anatomie et histologie : MM. Charcot, Guyon et Cadiat. — 3e : MM. Bouchardat, Gariel et Henninger. — 3e : MM. Regnauld, Parrot et Gay. — 3e : MM. Baillon, Hanriot et Bourgoin.

Samedi, 2. — Doctorat, 1er (oral): MM. Sappey, Cornil et Humbert. — 2e (nouveau régime (oral), 1re partie, anatomie histologie): MM. Robin, Panas et Bouilly. — 2e (nouveau régime (oral), 1re partie, anatomie histologie) : MM. Richet, Laboulbène et Berger. — 2e (ancien régime, oral) : MM. Bouchard, Jaccoud et Peyrot. — 4e : MM. Peter, Ball et Richelot. — 4e : MM. Hardy, Brouardel et Debove.

Samedi, 17. — Doctorat, 5e, à 4 heures (*salle des thèses*) : Composition écrite.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — Par arrêté en date du 19 juin 1882, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé qu'un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert, le 26 décembre 1882, à l'école préparataire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Par arrêté en date du 19 juin 1882, le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts a décidé qu'un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie sera ouvert, le 21 décembre 1882, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie A. DELAHAYE et Em. LECROSNIER, *place de l'École-de-Médecine.*

Des dyspepsies constitutionnelles et de leur traitement par les eaux sulfureuses, par le Dr SENAC-LAGRANGE. 1 vol in-8. 1 fr. 50

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.—Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince, 31

7770.6

ingt-Neuvième année — Tome I. N° 74 Mardi 27 Juin 1882

LA FRANCE MÉDICALE

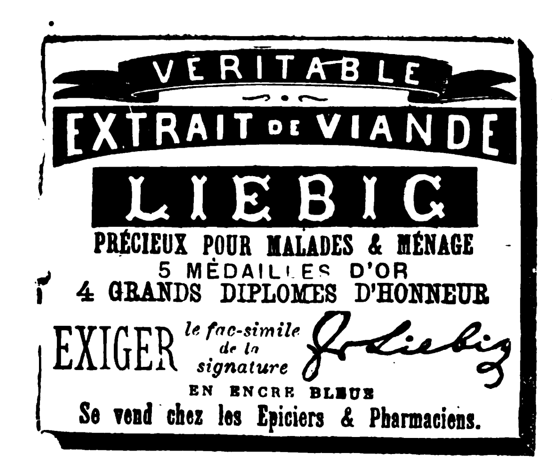
BUREAUX
On s'abonne chez
[De]LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

[Ad]resser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
[Le]s ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
[Le]s Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE


VÉRITABLE
EXTRAIT DE VIANDE
LIEBIG
PRÉCIEUX POUR MALADES & MÉNAGE
5 MÉDAILLES D'OR
4 GRANDS DIPLOMES D'HONNEUR
EXIGER le fac-simile de la signature
EN ENCRE BLEUE
Se vend chez les Epiciers & Pharmaciens.


EN VENTE DANS LES Mons D'EAUX MINÉRALES
PRINCIPAUX
EAU
SULFUREUSE
Source
SÉVIGNÉ
APPROBATION de l'ACADÉMIE de MÉDECINE
AUTORISATION de l'ÉTAT
AGENCE GÉNÉRALE
31 rue Vivienne
PARIS
AFFECTIONS de la GORGE
LARYNX ASTHME
BRONCHES
MALADIES
LYMPHATIQUES

29e Année. — Tome I. — N° 74. Mardi 27 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris, le 26 *juin* 1882.

La profession de dentiste.

Dans sa séance du 8 juin dernier, l'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine a, sur le rapport de M. Léon Le Fort, adopté un projet d'organisation de la profession de dentiste; le moindre tort de ce projet est de créer un troisième ordre de médecins qui sera certainement inférieur aux deux autres, comme si la bouche était une partie infime de notre économie qui n'a nul besoin d'être soignée par des médecins sérieux. D'autre part c'est là une large porte ouverte à la médecine illégale.

Un professeur avait proposé un amendement tendant à exiger du dentiste comme de tout médecin le diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé. Cette proposition, qui nous paraît la plus conforme aux intérêts des malades, a été repoussée. Il est vrai de dire que les professeurs présents étaient peu nombreux.

Voici le texte du projet adopté dans cette réunion.

PROJET ADOPTÉ PAR LA FACULTÉ LE 8 JUIN 1882.

ARTICLE. 1er. — A partir du 1er janvier 188.., nul ne pourra exercer l'art dentaire, ni porter le titre de dentiste, s'il n'est pourvu d'un diplôme français conférant le droit d'exercer la médecine ou du diplôme spécial de dentiste.

Conditions d'études.

ART. 2. — Les aspirants au diplôme spécial de dentiste doivent :

1° Se faire inscrire auprès d'une Faculté ou d'une Ecole de médecine ;

2° Produire en s'inscrivant un certificat de grammaire ou un diplôme d'études de l'enseignement secondaire spécial;

3° Suivre pendant deux années, auprès d'une Faculté ou d'une Ecole de médecine, les cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie interne et externe ;

4° Remplir, pendant deux semestres, les fonctions de stagiaire dans un service de chirurgie ;

5° Accomplir deux années de stage, soit chez un dentiste, soit dans une école d'odontologie. Le début du stage, qui ne peut commencer qu'à l'expiration des deux années d'études prescrites par le paragraphe 3, est établi par l'inscription du candidat sur un registre spécial, soit dans une Faculté, soit dans une Ecole de médecine. Tout changement dans le lieu où l'élève fait le stage devra être pré-

cédé d'une déclaration auprès de la Faculté ou de l'Ecole et consigné sur le registre d'inscription.

Conditions d'examen.

ART. 3. — Les examens sont subis à la fin des deux années de stage.

ART. 4. — Les épreuves de l'examen sont au nombre de trois :

1° *Une épreuve orale* sur l'anatomie, l'histologie, la physiologie de la bouche et de ses dépendances ; sur la pathologie interne et externe, la matière médicale et la thérapeutique au point de vue spécial des maladies de la bouche.

2° *Une épreuve clinique* sur un malade atteint d'une affection de la bouche et de ses dépendances. Le candidat, après avoir établi de vive voix son diagnostic, devra rédiger, sans pouvoir s'aider de livres, de notes ou de conseils, une composition écrite sur la nature, l'étiologie et le traitement de la maladie qu'il a eu à examiner ;

3° *Une épreuve pratique* consistant en opérations faites sur le vivant, sur le cadavre ou sur le squelette ; extraction, obturation des dents, etc., et de plus exécution en loge d'un appareil de prothèse entier ou partiel, avec application de cet appareil. A la suite de cette épreuve, le candidat sera interrogé sur les opérations odontologiques, sur la physique, la chimie, la mécanique et la métallurgie dans leurs applications à l'art du dentiste.

ART 5. — Le diplôme spécial ne peut être conféré qu'à des candidats ayant atteint l'âge de vingt-cinq ans.

ART. 6. — Chaque jury d'examen est composé d'un professeur de Faculté, président, d'un agrégé et d'un dentiste pourvu du diplôme spécial ou de celui de docteur en médecine nommés chaque année par le ministre de l'instruction publique.

ART. 7. — Les étrangers, quels que soient leurs titres, qui désireront pratiquer en France la profession de dentiste, seront soumis aux conditions exigées des nationaux. Toutefois, le ministre, sur l'examen de leurs titres, et après avis du comité consultatif, pourra les dispenser des formalités de stage et d'inscription établies par l'article 2.

ART. 8. — La liste officielle des dentistes ayant droit de pratique légale en France, sera publiée chaque année par les soins de l'administation supérieure.

Dispositions transitoires. — Les dentistes français pouvant, par des pièces officielles, telles que la patente, établir qu'ils exercent leur profession en France depuis dix ans au moins, sont de droit admis à la pratique légale.

Le droit pourra être conféré par le ministre, après avis du comité

consultatif, aux dentistes étrangers, exerçant en France depuis dix ans au moins.

Un délai de cinq années est accordé aux dentistes français et étrangers exerçant en France depuis moins de dix ans, pour se soumettre aux examens établis par la présente loi. Sur le vu des pièces établissant la nature de leurs études antérieures et la date de leur établissement, ils pourront être exemptés des formalités imposées par l'article 2.

Passé ce délai, le droit d'exercice leur sera retiré s'ils n'ont pas satisfait aux examens établis à l'article 4.

Le rapporteur,
Léon LE FORT.

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. CUSCO, SUPPLÉÉ PAR M. MONOD.

Abcès froids de la fosse iliaque interne consécutif à une périostite de l'os iliaque. Trépanation de l'os iliaque,

par M. R. LACAZE.
Interne des hôpitaux.

La nommée B..., Constance, âgée de 24 ans, cuisinière, entre le 16 juin 1881 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 11, dans le service de M. Cusco, suppléé par M. C. Monod.

Cette malade raconte que, dans le courant du mois de mars 1881, elle a fait une chute sur la hanche gauche, et que, depuis ce moment, elle n'a cessé d'éprouver une sensation de gêne, de pesanteur, de fatigue au niveau de l'aine de ce côté.

Vers le commencement de juin, elle accuse des douleurs de plus en plus prononcées, douleurs sourdes dans la fosse iliaque externe, tandis qu'une tuméfaction se manifeste au même niveau.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu le 16 juin et l'on constate les faits suivants :

Il existe dans la fosse iliaque externe une tuméfaction indolente, peu douloureuse à la pression, molle, élastique, fluctuante, située un peu au-dessus et en arrière du grand trochanter et s'élevant au-dessus de la crête iliaque.

Mesurée au niveau de sa partie la plus saillante, la tumeur ne présente pas moins de 14 centimètres dans le sens vertical, sur 18 dans le sens horizontal.

L'exploration de la crête iliaque permet de reconnaître l'existence d'un point douloureux à la pression, à 10 centimètres en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure.

La palpation pratiquée au niveau de la fosse iliaque interne démontre la présence d'un foyer profond situé à la partie supérieure de

la fosse iliaque. Une pression brusque et assez énergique sur la tumeur extérieure se transmet à la main qui déprime la paroi abdominale.

Il y a donc là un abcès froid de la fosse iliaque interne et cela probablement par un trajet situé au-dessus de la crête iliaque, douloureuse en un point, comme nous l'avons dit.

Tel a été le diagnostic porté par M. Monod. Le traumatisme subi au mois de mars par un sujet manifestement scrofuleux permet de rapporter l'origine de la suppuration à une périostite chronique. Ce diagnostic a, du reste, été confirmé par les phénomènes observés plus tard.

Le 20 juin, M. Monod pratique au niveau de la partie la plus saillante de l'abcès, à l'aide du thermo-cautère, une incision verticale de 5 centimètres d'étendue par laquelle s'échappent environ 350 grammes de pus.

Le doigt introduit dans la plaie constate que la crête iliaque est dénudée dans une petite étendue. Un gros drain est introduit jusque dans la fosse iliaque interne par-dessus la crête iliaque. Pansement de Lister.

Le 28 juin, le foyer profond est assez réduit pour qu'on supprime la portion iliaque interne du tube, et, à partir de ce moment la pression à travers la paroi abdominale ne donne lieu à aucun écoulement de pus.

Le 7 juillet on constate que la crête iliaque s'est recouverte d'un tissu fongueux qui se détache facilement sous le doigt. Ce tissu est enlevé à l'aide d'une curette le 12 juillet ; et le 19 juillet le dernier drain est enlevé. Le 23 juillet la plaie admet à peine l'extrémité du doigt et marche lentement vers la cicatrisation.

Jusqu'ici la malade n'a pas présenté de fièvre. Mais, le 27 juillet, la température s'élève brusquement à 40°,2. Les jours suivants elle se maintient élevée, en même temps que se produisent des nausées, des vomissements. L'état général indique qu'il doit exister en un point un foyer de suppuration ; et cependant l'exploration de la fosse iliaque interne ne fournit aucun renseignement.

M. Monod se décide néanmoins à aller à la recherche du pus qui ne peut se trouver qu'au voisinage de l'os iliaque. Dans ce but il pratique à l'aide du thermo-cautère une incision verticale d'une longueur de 18 centimètres et arrive ainsi jusqu'à l'os iliaque. Explorant alors avec un doigt, introduit au-dessus de la crête iliaque, la fosse iliaque interne, il perçoit une résistance caractéristique qui indique l'existence d'une collection liquide profonde et fait le diagnostic d'abcès sous-périostique. Il se décide alors à donner issue au pus au moyen d'un orifice traversant l'os iliaque.

La trépanation est pratiquée séance tenante. Il s'écoule une p-

tite quantité de pus. Un drain introduit par la perforation de l'os sort par dessus la crête iliaque. Injection phéniquée au 20°. Pansement de Lister.

Au bout de deux jours, l'état général redevient bon, la température s'abaisse.

Le 28 août, le drain qui contourne la crête iliaque peut être supprimé et sa suppression n'entraîne aucune élévation de température. On laisse un drain qui pénètre seulement jusqu'à l'os.

Le 28 septembre, la plaie bourgeonne largement et marche lentement vers la cicatrisation.

Le 5 janvier 1882, on supprime définitivement le drain resté pour maintenir béante l'ouverture de la plaie qui est complètement cicatrisée le 10 janvier.

Le malade quitte l'hôpital le 24 janvier.

Depuis cette époque, M. Monod a revu la malade. Sa plaie s'est ouverte et elle a encore une fistule qui donne lieu à un écoulement de pus peu abondant.

Son état, que je n'ai pu voir par moi-même, nécessitera peut-être une nouvelle intervention chirurgicale. J'ai voulu seulement montrer, dans le traitement d'un abcès profond de la fosse iliaque, l'heureuse influence de la trépanation de l'os iliaque dont les indications ont été bien étudiées, dans sa thèse inaugurale, par un de vos collègues M. Weiss.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 *jnin* 1882. — *Présidence de* M. DUJARDIN-BEAUMETZ.

KYSTE HYDATIQUE DU POUMON GUÉRI PAR L'EMPYÈME. — *M. Bucquoy* présente un malade dont il relate d'abord l'observation.

Ce malade était entré à l'hôpital Cochin à la fin de septembre 1881, pour un léger épanchement pleural du côté droit, accompagné d'une dyspnée assez extraordinaire. Quelques jours après son entrée, je constatai la présence d'un *pneumothorax* qui venait de se déclarer sourdement et qui n'existait pas le jour de l'entrée. L'épanchement fit alors des progrès, l'état général empira beaucoup et le malade fut pris d'une expectoration très abondante, intermittente et qui présentait les caractères habituels des *vomiques*. L'oppression devenant plus forte et l'épanchement augmentant, je fis pratiquer la thoracentèse aspiratoire avec la canule de Reybard. On retira 2,800 cc. de pus tres fétide. Au bout de quelques jours l'haleine du malade prit une fétidité extraordinaire, et la fièvre hectique se déclara. L'épanchement n'augmentait pas beaucoup, mais, à cause de l'oppression croissante, je fis faire une nouvelle ponction. On retira seulement

100 cc. de pus d'une horrible fétidité. Le lendemain, en présence de ces phénomènes graves, je fis pratiquer l'opération de l'empyème par mon interne, M. Gaucher ; j'essayai d'abord la chloroformisation que je dus cesser à cause des quintes de toux, et l'opération fut continuée sans chloroforme. L'incision terminée, un liquide purulent, d'une extrême fétidité, s'écoula avec abondance, mais son écoulement fut interrompu tout d'un coup par la présence d'un paquet pseudo-membraneux au niveau de l'incision. Avec les doigts, l'opérateur retira alors *une poche de kyste hydatique* intacte, du volume d'une grosse orange. Je fis placer dans la plèvre un gros tube en caoutchouc rouge par lequel le liquide continua à s'écouler; mais au bout de quelques jours le liquide prit un aspect glaireux semblable à l'expectoration, comme si le malade crachait dans sa plèvre. Peu à peu on pût raccourcir le tube qui, par son extrémité, avait fini par irriter le tissu pulmonaire et causait des hémoptysies.

Aujourd'hui le malade conserve une petite fistule pleurale qui est encore le siège d'un léger écoulement, mais il est en voie de guérison parfaite. La respiration est revenue dans toute la hauteur en avant, et en arrière dans presque toute la hauteur excepté à la partie supérieure et moyenne, où elle est encore un peu affaiblie.

M. Huchard présente la seconde édition du ***Traité des névroses***, par *Axenfeld*, traité qu'il a refondu complètement et auquel il a fait des additions importantes. Il rend hommage à son maître Axenfeld « qui a été l'honneur de la médecine française et à qui il n'a manqué que de vivre pour en être la gloire ».

De la mortalité des femmes en couches. — *M. Siredey* lit un travail qui prouve que, par l'observation des mesures d'hygiène et de propreté et par l'isolement des nouvelles accouchées, la statistique obstétricale de Lariboisière s'est améliorée d'une façon très remarquable. En 1881 la mortalité, pour les cas simples, n'a été que de 1 sur 153, et la statistique totale des décès de 1 sur 85.

M. Hervieux demande à M. Siredey quelles sont les mesures qu'il prescrit dans son service.

M. Siredey répond que ce sont surtout des mesures de propreté.

M. Hervieux. Dans le service de la Maternité, que je dirige depuis très longtemps, dès que je fus persuadé de la contagiosité des accidents puerpéraux, je pris des mesures préventives à l'aide desquelles la statistique s'améliora considérablement d'année en année. Depuis le commencement de cette année nous n'avons eu que 4 décès sur 7 ou 800 accouchées. Les mesures préventives consistent surtout dans la séparation complète des accouchées malades et des accouchées valides; l'interdiction pour les internes et pour les élèves chargés des femmes malades de pénétrer dans le service d'accouchement.

et enfin des moyens de purification par les liquides antiseptiques dont nous ont fait profiter les recherches de ces dernières années. Cela prouve qu'il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des installations extraordinaires pour obtenir des résultats satisfaisants. Dans un ancien hôpital, mal installé comme la Maternité, nous avons une statistique qui vaut mieux que celle de M. Siredey. Ce résultat a été obtenu uniquement par des moyens antiseptiques.

M. Gérin-Roze. Je désire compléter les renseignements donnés par M. Siredey sur le fonctionnement des services d'accouchement. Il est impossible de comparer la statistique de l'hôpital avec celle des malades soignées chez les sages-femmes de l'administration. *La statistique des sages-femmes est toujours fausse.* Dès qu'une femme est gravement atteinte, dût-elle mourir par le déplacement, elle est envoyée à l'hôpital par la sage-femme qui ne veut pas avoir de décès chez elle, afin de ne pas nuire à sa réputation. De plus, il faut que l'on sache que *les accouchées sont très mal soignées ou manquent complètement de soins chez les sages-femmes agréées par l'assistance publique;* on les force à se lever dès le quatrième ou cinquième jour pour aider au ménage, faire leur lit, etc.

Ces faits graves se produisent par la faute de l'administration qui a supprimé le contrôle médical. Autrefois, les sages-femmes étaient sous la surveillance de médecins qui avaient la mission d'aller visiter les femmes en couches. Cette surveillance n'existe plus.

M. Moutard-Martin. L'administration a déjà, sur notre demande, pris des mesures pour faire cesser l'état de choses déplorable qu'on vient de signaler. Chaque femme soignée chez une sage-femme recevra trois fois la visite d'un médecin : à son entrée, dans le cours de son séjour et à la fin ; elle ne pourra sortir que sur l'avis du médecin.

Quant à la négligence des sages-femmes, elle ne fait aucun doute pour personne. Pour éviter tout contrôle elles se gardent bien d'envoyer les femmes malades dans les hôpitaux de leur quartier ; elles les font entrer dans les hôpitaux éloignés, en leur recommandant bien de ne pas dire d'où elles viennent. La surveillance est donc très difficile actuellement.

M. Gérin-Roze Je désire signaler un autre abus. On envoie au Vésinet les nouvelles accouchées dès le huitième jour. Sans se préoccuper des conséquences que peut avoir un transport en voiture à une date si rapprochée de l'accouchement. Ne pourrait-en éviter le retour de semblables imprudences ?

M. Laillier. Il faut une conclusion à cette discussion. Je demande un vote de la société dont le résultat sera transmis à l'administration des hôpitaux.

M. Moutard-Martin. L'administration est déjà avisée ; elle a pris, comme je l'ai dit, des mesures pour remédier aux abus qu'on a si-

gnalés. Les sages-femmes seront surveillées par les médecins.

M. Duguet. On sait cependant que l'administration ne consulte pas volontiers les médecins ou ne tient pas compte de leurs avis. Quand *à l'hôpital Tenon, qu'on donne comme un hôpital modèle, on a placé la salle d'accouchements à côté de l'amphithéâtre d'autopsies,* on n'a certes pas consulté M. Hervieux qui vient de nous rappeler l'importance des précautions antiseptiques dans les services d'accouchements.

M. Hervieux. Non, sans doute.

M. Millard. Je crois qu'il faut ajourner toute décision et attendre le fonctionnement des nouveaux services d'accouchements.

SPASME FONCTIONNEL DU STERNO-MASTOÏDIEN. — *M. Sevestre* présente un malade qui semble atteint de torticolis et qui n'a, en réalité, qu'un spasme fonctionnel du sterno-mastoïdien.

M. Huchard pense que le meilleur traitement dans ce cas là est l'électrisation du muscle du côté opposé.

NOMINATIONS. — MM. Dejérine, Gombault et Moizard sont nommés membres de la Société. MM. Desplats et Zancarol sont nommés membres correspondants.

A 5 heures un quart, comité secret. Ern. GAUCHER.

VARIÉTÉS

Cy dit comment avinrent grands troûbles et tumultes en l'université de Paris et les embusches que les quarteniers avoient faictes pour surprendre les escholiers.

Au commencement du mois de may qui fut en l'an de grâce mil huit cent quatre-vingt-deux avoit tant grand'foison de francs mitous dedans Paris et surtout ès quartier de l'Université que merveille étoit de voir et de l'oïr. Lesquels sont gens de peu, grands paillards et robeurs ne rêvant que voleries, haines et félonies quand ne reçoivent dues pourvéances des ribaudes que acconveyent et accompagnent en leurs courses de nuyt par ruëlles et chaussées. Les escholiers et bourgeois du quartier qui avoient l'ire au cœur de meschefs et vanteries des dicts francs mitous qui portent front haut comme bons féaux et chevaliers ne voulaient qu'ils continuassent à se pourmener et montrer par les voies et lieux publics, car ils tenoient ce grandement contraire aux bonnes mœurs et à l'honneur de l'Université. Adoncque vint un soir dudit mois, si bien me recorde, que no-

(1) L'article ci-dessous, où l'auteur montre autant d'esprit que d'érudition, est extrait de l'*Abeille Médicale.* Comme la discrétion ne fut jamais une vertu de journaliste, nous ajouterons que le pseudonyme de Jean Froisart cache le savant bibliothécaire de notre faculté, le Dr Louis Thomas. A. CH.

breux escholiers étant selon l'us allés en ébattement et reviaulx vers certain lieu où beuvent cervoise, dansent et s'esbaudissent avec folles filles, là vinrent aucun francs-mitous et voulurent desfier par gestes et paroles les escholiers. Lesquels, issirent de la salle et pourchassèrent les ribauds dont de certaines furent rudement poinds, forcés de quérir asyle et support en l'échoppe d'un tavernier auquel furent brisés par les poursuivants moult tables et hanaps.

De ce les escholiers furent grandement vitupérés par messire le grand maître des quarteniers et arbalestriers de la cité de Paris, lequel est envoyé de Brest en Bretaigne aux Etats généraux. Néantmoins la grande desfaite et desconfiture des ribauds fit que pour bien quinze jours n'en fut veu ni ouï un seul en l'université et se cuidaient bien asseurés contre nul retour des dicts malandrins les bonnes gens et bourgeois, mais environ la Pentecoste en les festes en furent aperçeus aucuns devant le chástel du Luxembourg, montrant tous même audace et desdain. Avinrent certains escholliers qui là se pourmenaient et reprinrent poursuite ; s'enfuirent les francs-mitous pasoureusement hormis un qui fut prins et sans nul mal baigné en la fontaine publique, quoique poussast grands cris et clameur, disant qu'il n'estoit ribaud ni franc-mitou mais honourable bourgeois de la ville ; n'en tinrent compte et fut bagné aux grands rires et quolibets des gens présents, fut mesme bagné avecque lui un quartenier qui l'avait voulu tirer de là : mais comme ce estoit chaleur et soleil n'arriva rien de fascheux à aucun n'y à l'autre.

Or ces jours là coururent grandes rumeurs en les gens du guet et quarteniers. Disoient que la nuit prouchaine qui serait du samedi au dimanche feroient nouveaulx tapages et tumultes les escholiers : auroient de longtemps en eux mesme songé aulcuns estrangers eux mener par devers l'hostel de messire le Grand maître, ouvrir huis par force et ardre la place. Ledict Grand maître ayant ouï ces choses en fut rudement courroussé, ne puis savoir si oncques il en parla à ses hommes ; les aucuns supposent que oïl et les autres que non. Mais la cause de la supposition de plusieurs est que dans la nuyt qui suivit les quarteniers férirent cruellement sur les passans et s'en vinrent comme a sauf garant devant ledict grand maître. De toutes ces choses je me passerai briéfvement, mais je vous éclaircirai le fait, car je auteur et proposeur de cette histoire pour le jour que le meschefs avint j'estois dans Paris.

Entretenant que les escholiers estoient en bobans et amusements au lieu dont fut parlé cy-dessus, furent placées, la neufvième heure après none trois batailles de quarteniers de chaque costés de la grande chaussée que on dit du bienheureux Saint-Michel Archange. La prime bataille en la rucque qui conduit en l'église Saincte-Genefvièvre ; la deuxième et la tierce batailles es ruëlles étroites à dextre

et à senestre de la chaussée, lesdits quarteniers n'avaient torches ni cires, et estoient eteins, ne sçais si fut a dessein, feux et lumières publicques et estoient bien pourveus de dagues et maillets d'armes selon l'us : n'avaient les escholiers espées ni bâtons suivant ordonnances et disciplines de l'Université. Environ mie-nuit descendaient en bande la chaussée pour se retraire chacun en son logis. Ne cuidant faire mal, ils jangloient et chantoient liéement cantiques et gais lais. Véezcy quand eurent passé la prime bataille qui rien ne dict issirent sans parler ny sans écrier la deuxième et la tierce batailles, trairent leurs dagues et commencèrent à estremir. Les escholiers sans nulle armure ne pouvaient se mettre en défence, aussi hastèrent à se traire en arrière par la chaussée, mais furent grandement empeschés par les quarteniers de la prime bataille qui issirent à l'improviste et firent grand jeu avec leurs maillets d'armes. Pendant bien une heure ce fut un grand trouble et pitié en l'Université : aucuns bourgeois furent si eshidés que ne çavoient que faire ; se couvroient de leurs mains en soi protégeant contre les quarteniers, mais ces deffences leur eussent peu valu si la grâce de Dieu ne les eust gardés et défendus ; un escholier fut d'une dague à plein coup moult vaillamment féru en le chef : cuidèrent aucuns qu'il en mourroit. Tous qui firent clameur ou protestation furent durement poinds et navrés : finalement conduits en la geôle, qui est en face l'église Sainte-Geneviéfve ; là furent malmenés et injurés par les quarteniers dont l'ire augmentait par les outrages qu'il ficsoient. Un phisicien qui ne se voult rebeller fut prins avec les autres malmenés et lui fut craché au visage. Furent tous conduits selon l'ordre du grand maistre devant messieus du Chastelet lesquels firent remontrances aux escholiers pour avoir faict tapage et pourchassé ribauds, en punirent d'amendes aulcuns, mais jetèrent grand blasme sur quarteniers qui sans raison avoient si rudement féru. Est grandement vitupéré le Grand maistre pour cet exploit et avoir envoié en l'Université des quarteniers lesquels sont marauds, couards ne connoissant que cauteles et voies obliques, au lieu d'envoier braves gens d'armes ou soudoyers dont il avoit alors grand'foison.

Jehan Froisart.

THÈSES POUR LE DOCTORAT

Soutenues du 19 au 24 juin 1882.

Guesdron. De la pollakiurie dans le mal de Bright. — Cartier. La maladie et le système nerveux. — Sabatier. Traitement des scrofulides cutanées et des gommes scrofuleuses chez les enfants, par le raclage et la cautérisation au thermo-cautère. — Charlier. Contribution à l'étude pathogénique du saturnisme cérébro-spinal. — Schlemmer. Etude sur les bronchites dans leurs rapports avec les maladies constitutionnelles. — Lorquier. De l'orchite de la fièvre typhoïde.

NÉCROLOGIE

Le Dr comte de BONNEVAL vient de mourir à Bordeaux où il faisait depuis longtemps de l'homœopathie. — Le Dr HURTEAUX, de Paris, vient de mourir. Il exerçait la médecine depuis 1834.— Le Dr Odon MAIGNE, maire de Cubjac, ancien conseiller général de la Dordogne, est décédé au Puy-Ol-Faure, le 1er juin 1882, à l'âge de soixante-huit ans.

NOUVELLES

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour deux places de médecins du Bureau central.* — La première épreuve (épreuve clinique) a commencé le 14 juin et a été terminée le mercredi 21 juin. A la suite de cette épreuve, les candidats déclarés admissibles ont été, par ordre alphabétique : MM. Ballet, Barth, Béringier, de Beurmann, Brault, Brisseau, Buzot, Carrière, Chauffard, Chouppe, Decaisne, Dreyfous, Hirtz (E). Hirtz (H), Jean, Josias, Legendre Leroux (Ch.), Letulle, Lorey, Lucas-Championnière (P), Martin, Merklen, Oulmont, Renault, Rivet, Talamon, Tapret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — *Concours du prosectorat.* — L'épreuve orale de physiologie du concours du prosectorat a eu lieu jeudi; la question donnée a été : « Phénomènes mécaniques de la respiration. »

CONFÉRENCES DE MÉDECINE LÉGALE. — Pour raison de force majeure,— l'affaissement d'une partie du sol de l'amphithéâtre, — les conférences de médecine légale à la Morgue sont suspendues, dès ce jour et jusqu'à la fin de l'année scolaire.

BOURSES DE DOCTORAT. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu le règlement du 15 novembre 1879, arrête :

Art. 1er. — L'ouverture d'un concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des facultés de médecine et de facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 10 juillet 1882.

Art 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscriptions seront clos le samedi 8 juillet à quatre heures.

Art. 3. — Conformément aux prescriptions de l'arrêté du 15 novembre 1879 susvisé, sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de 4 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878.

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales.

2° Les candidats pourvus de 8 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques.

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

3° Les candidats pourvus de 12 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire.

Les épreuves porteront l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

4° Les candidats pourvus de 16 inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la deuxième partie du second examen probatoire.

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

5° Lés candidats justifiant des grades de bcahelier ès-sciences et ès-lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité.

Lès épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l un et l'autre régime d'études.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Art. 4. — Les sujets des épreuves seront adressés par le ministre aux recteurs, sous un pli cacheté, qui sera remis au présidènt du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

Fait à Paris le 19 juin 1882. Jules FERRY.

HÔPITAL DE BERCK-SUR-MER. — Le concours pour l'internat de Berck-sur-Mer vient de se terminer par la nomination de M. Baëna. Les candidats étaient au nombre de quatre.

Les questions données ont été : 1° pour l'épreuve écrite : Ligaments de l'articulation coxo-fémorale, les signes de la coxalgie; 2° pour l'épreuve orale : la Scarlatine.

L'INSTITUT DE FRANCE vient de recevoir plusieurs nouveaux bustes, parmi lesquels nous devons citer ceux de S. Laugier, par M. Belhomme; de Claude Bernard, par M. Charles Desouches, et de Littré, par M. Gustave Délage.

COURS LIBRES. — Le Dr Chéron reprendra ses leçons cliniques sur les maladies des femmes, à sa clinique, 9, rue de Savoie, le lundi 3 juillet, à midi et demi, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 16 *au* 22 *juin* 1882. — Fièvre typhoïde, 32. — Variole, 22. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphthérie, croup, 47. — Dysentérie, 0. — Erysipèle, 10. — Infections puerpérales 4. — Autres affections épidémiques, 0.

Méningite (tuberculeuse et aiguë), 48. — Phthisie pulmonaire, 199. — Autres tuberculoses, 17. — Autres affections générales, 70.

Malformation et débilité des âges extrêmes, 44.

Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 60. — Athrepsie (gastro-entérite) des enfants nourris : au biberon et autrement, 57; au sein et mixte, 39; inconnu, 4. — Maladies de : l'appareil cérébro-spinal, 121; l'appareil circulatoire, 61; l'appareil respiratoire, 63; l'appareil digestif, 45; l'appareil génito-urinaire, 27; la peau et du tissu lamineux, 4; des os, articulations et muscles, 3. — Après traumatisme : fièvre inflammatoire, 0; fièvre infectieuse, 0; épuisement, 0; causes non définies, 0. — Morts violentes, 37. — Causes non classées, 4. — Nombres absolus de la semaine, 1.101.

Résultats de la semaine précédente : 1.008.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Suc' Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-P. 31.

VINGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 75 JEUDI 29 JUIN 1882

LA FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
DELAHAYE et E. LECROSNIER
Place de l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE... 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur.

SOMMAIRE

29e Année. — Tome I. — N° 75. Jeudi 29 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

Paris le 28 juin 1882.

La discussion sur le traitement de la rage par la pilocarpine a occupé toute cette séance pleine d'intérêt. M. Bouley lisait son rapport, très désiré, sur l'observation de M. Denis-Dumont. Le rapporteur reste dans le doute sur la valeur du fait ; divers points le portent à croire qu'il ne s'agissait pas là de rage, mais simplement d'un cas d'hydrophobie nerveuse. Ainsi le malade présenta les premiers symptômes au moment précis où il apprit qu'une femme, mordue par le même chien que lui, venait de succomber ; d'autre part cet homme, berger de son état, et sachant sans doute ce qu'est la rage chez le chien, donne malgré lui le tableau de la rage chez cet animal, beaucoup plus qu'il ne présente les caractères de la même maladie chez l'homme ; ainsi il mord les objets qu'on lui présente et avale des corps étrangers.

D'autre part, il est vrai, M. Bouley rappelle un symptôme qui n'a pu trouver naissance dans l'imagination du malade, c'est l'état de la plaie qui s'est rouverte. Le rapporteur ne croit pas pouvoir rattacher ce symptôme à l'état d'excitation cérébrale dans lequel se trouvait Grillé. Il demande donc que l'on reste dans le doute et qu'on laisse l'observation de M. Denis-Dumont dans une classe à part en attendant de nouveaux faits. D'ailleurs M. Bouley, toujours enthousiaste, n'hésite pas à croire que bientôt ces faits de guérison deviendront la règle, grâce aux recherches que poursuit M. Pasteur, dans le laboratoire de l'Ecole normale, sur la localisation du virus rabique dans le système nerveux central et sur son inoculation. Du reste, le principal reproche qu'il fasse au chirurgien de Caen, c'est de ne pas avoir inoculé la salive de son malade dans le cerveau d'un chien, après avoir fait la trépanation du crâne. Pour lui cette inoculation aurait complètement élucidé le diagnostic.

Il est un autre point sur lequel nous ne trouvons malheureusement pas de détails dans le rapport. Il paraît que le berger Grillé a été mordu à travers ses vêtements. Or, s'il est vrai que l'on n'a pas encore observé de cas de rage chez des individus mordus à travers leurs vêtements, même par des chiens nettement enragés, il y a lieu d'ajouter encore aux réserves faites par M. Bouley.

M. Dujardin-Beaumetz a pu observer l'an dernier vingt-trois cas de rage. Le traitement par la pilocarpine, employé chez six malades, n'a fait qu'exagérer les symptômes. M. Dujardin-Beaumetz a également employé la cédrine, la valdivine, le hoang-nan, la fausse angusture, l'ail et les bains de vapeur ; ces deux derniers moyens

comme prophylactiques seulement. Or, de toutes ces substances, il n'a obtenu de résultats qu'avec la valdivine ; celle-ci a pour effet, sinon de guérir de la rage, du moins de faire cesser les accès.

A. Ch.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. LE Dr GUIBOUT.

Accidents péritonéaux revenant périodiquement chez une hystérique; guérison.

Par M. H. Dauchez.
interne des hôpitaux.

La malade dont nous allons compléter l'histoire est entrée au mois d'avril 1881 à l'hôpital Saint-Louis. En lisant dernièrement dans la *France Médicale* (n° du 6 juin) son observation reproduite par M. Martinet, alors interne de M. Guibout, nous avons pensé qu'il serait intéressant de la compléter. Nous avons cru qu'il serait inutile de revenir sur les antécédents de la malade dont l'histoire a été déjà reproduite en détail. Rappelons seulement que cette jeune femme éminemment nerveuse avait eu à plusieurs reprises des attaques d'hystérie parfaitement caractérisée et que le péritoine avait subi plusieurs poussées aiguës avec fièvre. Un fait assez curieux à noter, c'est qu'aucune tuméfaction n'ait jamais été perçue par le toucher vaginal au moment des crises les plus douloureuses; nous avons nous-même répété cet examen sans jamais constater d'empâtement ni de tuméfaction dans les culs-de-sac du vagin.

Revenons maintenant à l'histoire de notre malade à partir du moment où M. Martinet a cessé de la voir.

Au mois d'octobre 81, les crises convulsives commencèrent à diminuer d'intensité et à la fin de l'année, elles avaient presque complètement disparu. L'hémianesthésie observée dès le début de la maladie a toujours persisté du côté gauche. A dater du mois de janvier, les accidents prirent un caractère de périodicité très marquée, d'abord toutes les semaines, puis tous les mois. A chaque époque menstruelle, tout les phénomènes redoublent d'intensité. Pendant les 3 ou 4 jours qui précèdent l'apparition des règles, la malade éprouve des douleurs abdominales très intenses, un ballonnement considérable du ventre qui est très sonore, des vomissements bilieux revenant tous les jours et plusieurs fois par jour; cependant le pouls n'a pas la fréquence habituelle de la péritonite, la peau n'est pas chaude et la température prise tous les soirs au moment des crises les plus douloureuses, n'a jamais atteint qu'une seule fois 38° pour retomber les jours suivants matin et soir, au chiffre normal de 37°.

Au commencement de février mêmes accidents : les règles rep-

raissent cependant peu abondantes et s'accompagnent de hoquets, de vomissements, de nausées, de météorisme, qui disparaissent brusquement en même temps que l'hémorrhagie périodique. Dans l'intervalle des crises, la constipation persiste avec opiniâtreté. Plusieurs lavements sont administrés avec huile de croton, sulfate de soude, infusion de séné, et déterminent tous les huit jours seulement de véritables débâcles *plusieurs fois précédées de phénomènes péritonéaux, commme s'il pénétrait quelques gouttes de liquide dans le péritoine.*

Pouvions-nous admettre ici, une péritonite tuberculeuse. Nous ne le croyons pas, la malade étant encore assez vigoureuse malgré sa pâleur, n'ayant pas de fièvre et ne présentant aucun signe stéthoscopique au sommet des poumons.

Dans les premiers jours de mars, les mêmes accidents se reproduisent et cessent sous l'influence des narcotiques. Potion éthérée, piqûres de morphine, vésicatoires répétés sur le ventre, bains d'amidon, bains sulfureux.

Le 16 mars. Tous les accidents s'arrêtent, le ventre s'affaisse et la malade entre en léthargie. — Température 37°.

Le 17. Même état, la malade ne prenant aucune nourriture, nous introduisons dans l'estomac, à l'aide de la sonde œsophagienne, du bouillon, des œufs et du lait. A la suite de ces manœuvres, la malade redevient cataleptique et reste contracturée toute la journée.

Le 21. Après cinq jours complets, la malade sort peu à peu du coma dans lequel elle était plongée, se remet à parler sans toutefois pouvoir ouvrir les yeux.

Pendant les derniers jours de mars, les vomissements reparaissent et nous obligent à renouveler l'introduction de la sonde œsophagienne.

Enfin dans les premiers jours d'avril nous voyons reparaître une dernière fois les mêmes accidents péritonéaux : vomissements, ballonnement du ventre, douleur épigastrique très vive que l'application du marteau de Mayor ne peut arriver à calmer.

Aussitôt après les règles, les mêmes accidents s'amendent pour ne plus reparaître. Il est important de noter qu'il n'y a jamais eu de troubles trophiques et bien que la malade soit depuis plus de dix mois dans son lit, il ne s'est formé ni eschare ni rougeur du siège. Vers le 15 avril, la malade demande à partir chez elle, nous l'avons revue récemment ; tous les accidents ont disparu et la malade a repris en partie ses forces, sans cesser pour cela d'être hémianesthésique.

En résumé nous avons assisté chez une hystérique à une double série d'accidents péritonéaux, absolument distincts au point de vue de leurs causes et de leur évolution ; les premiers survenus quelques jours après un léger traumatisme ont été accompagnés *de fièvre*, d'accélération du pouls, de douleur dans le ventre ; les seconds se

sont reproduits spontanément quatre fois de suite aux époques menstruelles, *sans fièvre, sans accélération du pouls, sans chaleur de la peau.* Les phénomènes péritonéaux ne peuvent être rapportés à la péritonite tuberculeuse pour les raisons sus-indiquées. — Cette forme d'hystérie avec prédominance des symptômes abdominaux mériterait donc d'être rapprochée de celle qui a été décrite sous le nom de fausse péritonite.

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. HÉRARD.

Paralysie saturnine des extenseurs de la main par intoxication locale.

Par M. Frémont
Interne des hôpitaux.

Le nommé P... (Jean), âgé de 28 ans, frappeur, entre le 25 mai 1882, salle St-Charles, lit n° 23, service de M. Hérard.

P.... est né et a été élevé à Orléans. Son père est vivant et bien portant. Sa mère est morte à l'âge de 60 ans d'une affection qu'il ne peut préciser; elle toussait depuis longtemps.

Cultivateur jusqu'à 19 ans, il apprend alors le métier de forgeron; à 21 ans il devient soldat etreste 4 ans et 6 mois sous les drapeaux. Revenu à Orléans, il y exerce son métier de forgeron jusqu'à 26 ans. Marié, il vient à Paris où il se met garçon livreur de marchandises. Depuis trois semaines, il était en cette qualité chez un fabricant de céruse, de mastic, etc. Le 20 mai, un baril de céruse, qu'il transportait de sa voiture dans une maison en construction, lui échappe, tombe, se défonce ; le contenu se répand sur le plancher neuf. Pour ramasser promptement la céruse, P... ramène cette substance avec sa main et son avant-bras gauche sur une planche d'où il la remet dans le baril. Ce travail ne dura que 4 à 5 minutes. Faute d'eau, cet homme fut forcé de se contenter d'essuyer son bras gauche et sa main avec un sac de toile grossière de telle sorte qu'il resta pas mal de céruse sur les parties qui avaient été en contact avec elle.

Ce n'est que trois heures après cet accident que le malade put se laver à grande eau et enlever entièrement la céruse qui était restée.

Rentré chez lui, il mangea comme d'habitude, se coucha, et malgré quelques foumillements dans toute la main gauche qui s'étaient montrés dans la soirée, il dormit profondément.

Au réveil, les fourmillements avaient disparu ; mais impossible d'étendre les doigts de la main gauche, quoique l'extension du poignet pût encore se faire.

A l'entrée de ce malade à l'hôpital, on constata l'absence de tous les signes ordinaires d'intoxication généralisée par le plomb.

Les mouvements d'extension du poignet gauche peuvent se faire quatre ou cinq fois de suite, puis disparaissent ; les doigts ne peuvent absolument être étendus. Lorsqu'on soutient les premières phalanges, le patient peut étendre les deux dernières. La flexion est conservée avec sa force normale. *Pas de troubles de la sensibilité du membre supérieur gauche.*

Tous les muscles paralysés obéissent bien aux courants induits. Le long supinateur est intact.

Bon état de toutes les fonctions organiques.

Le lendemain on ne constate pas de coloration noire limitée aux parties paralysées malgré un bain sulfureux.

Le 28 mai le malade demande à sortir pour des raisons de famille ; la volonté est encore impuissante à déterminer l'extension des doigts,

P... devait venir tous les matins pour se faire électriser, mais il n'est pas revenu et nous l'avons perdu de vue.

REVUE DE LA PRESSE

Sueurs rouges. — D'après un article de *The Lancet*, 11 mars 1882, on suppose depuis longtemps que la couleur rouge ou bleue observée dans la sueur est due à la présence de bactéries. Chez une femme dont la sueur, spécialement au niveau des aisselles, avait une teinte rouge, Hoffmann, en 1873, trouva que des masses rouges uniformes adhéraient aux poils, mais sans pouvoir en élucider la nature. Chez un malade atteint d'une affection cutanée d'une nature particulière, Dick a observé sur les poils des masses rougeâtres de bactéries.

Eberth a signalé des bactéries dans la sueur jaune. D'autres observations du même genre ont été rapportées par Babesin, de Pesth. Une femme de 26 ans présentait une sueur d'un rouge pâle dans l'aisselle droite ; dans cette région, la peau et les poils de même étaient légèrement rouges. De temps en temps, la sueur devenait couleur de sang et alors se montraient des troubles hystériques. Une sœur qui couchait avec elle présenta les mêmes phénomènes, la transpiration devint rouge dans l'aisselle droite. Babesin a observé deux autres malades, une jeune femme, puis un jeune homme en bonne santé, qui avaient parfois des sueurs rouges. Chez tous ces malades il existait en même temps des démangeaisons. Les recherches microscopiques ont donné chez tous les mêmes résultats. Les poils de l'aisselle étaient fins, rosés, cassants, entourés d'une masse qui leur adhérait, jaunâtre ou rosée, très épaisse par places, et à surface irrégulière ; cette masse rouge présentait des stries plus ou moins rapprochées, paraissant produites par les striations mêmes de la substance corticale des poils ou par quelque rupture à la surface ; mais ces

stries étaient réellement dues à l'agrégation des bactéries rondes ou ovoïdes, ayant à peine un millième de millimètre de diamètre, agglutinées par une substance rougeâtre intermédiaire. Des gonflements nodulaires étaient produits par l'infiltration des bactéries dans l'intervalle des fibrilles. Les racines des poils étaient libres de bactéries. La teinte rouge était due à de nombreuses masses arrondies de microzoaires ressemblant à des bactéries prodigieuses. Les bactéries furent fortement colorées par l'aniline et l'hématoxyline et rendues plus distinctes par l'addition d'acide acétique ou de liqueur de potasse, tandis que la substance intermédiaire se dissolvait dans l'alcool, l'éther ou l'essence de térébenthine. L'acide sulfurique faisait passer la couleur du rouge au violet et du violet au violet-bleu. Dans un bouillon de culture rendu stérile, les bactéries se multiplaient lentement.

La conclusion à tirer de ces recherches, c'est que la sueur rouge que l'on trouve souvent dans l'aisselle est colorée par une forme de bactéries dont le développement donne lieu à une transpiration excessive, parfois à la friabilité des poils, des démangeaisons et une légère coloration de la peau. Les sueurs rouges paraissent être contagieuses; la bactérie ressemble d'une part aux microzoaires trouvés dans les poils, d'autre part à certaines bactéries chromogènes, surtout la bactérie prodigieuse, dont elle se distingue par la couleur rouge brique de la substance intermédiaire. Elle est plus difficile à cultiver que la bactérie prodigieuse, mais elle donne exactement les mêmes réactions chimiques. A. Ch.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 juin 1882. — Présidence de M. Gavarret.

La correspondance comprend : 1° deux lettres de MM. Cadet-Gassicourt et Bouchard, candidats dans la section de pathologie médicale; 2° un pli cacheté déposé par M. le Dr Giraud ; 3° une note manuscrite de M. le Dr Husson (de Toul) sur les propriétés hygiéniques de quelques conserves alimentaires; 4° une note de M. Thorel sur les altérations du chloroforme.

Cas de rage guéri par le nitrate de pilocarpine. — *M. Bouley* résume l'observation lue dans l'avant-dernière séance par M. Denis-Dumont. Le malade Grillé avait-il la rage? Personne, dit M. Denis-Dumont, n'aurait songé à émettre sur ce sujet le moindre doute si son malade était mort. Une femme mordue par le même chien est morte de la rage; Grillé lui-même présente bien tous les symptômes de la rage, mais on peut dire qu'une circonstance très importante motive des doutes au sujet de la signification de ces symptômes: c'est au moment précis où Grillé apprend que la femme mordue par

le même chien que lui est morte de la rage, que se développent les symptômes mentionnés. Or, cet homme, berger de son état, est plus au courant des symptômes de la rage qu'on ne l'est dans d'autres professions. Le chien mord les bâtons qu'on lui présente, il mord des cailloux, avale des corps étranges. Grillé présente les symptômes de la rage du chien beaucoup plus que ceux de la rage de l'homme. Malgré lui, il simule la rage qu'il a pu observer chez le chien.

Mais il est d'autres symptômes qu'il n'a pas pu imiter et qui ne sont pas de notoriété commune, par exemple l'état de la plaie.

M. Bouley lit quelques fragments d'un livre intitulé : De la non existence du virus rabique chez l'homme, par Bellanger. Cet auteur a puisé ses idées près de son maître Bosquillon, ancien docteur régent de la Faculté de Paris. Bellanger rapporte l'histoire d'un jeune homme auquel il avait prêté un livre sur la rage et qui, très ému de cette lecture, se figurait qu'il aurait la rage s'il était mordu par n'importe quel chien. A peu de temps de là, ce jeune homme est mordu par sa chatte; aussitôt il est pris de constriction à la gorge, de spasmes, et il ne peut avaler les liquides; en même temps, ses yeux deviennent hagards et prennent une vivacité inaccoutumée. Ces symptômes augmentent à vue d'œil jusqu'au moment où sa chatte vient miauler à la porte de sa chambre ; la vue de l'animal lui rend immédiatement le calme, mais il affirme qu'il serait mort de cette manière si l'animal n'était pas revenu près de lui.

Dans l'article *Rage* du Dictionnaire encyclopédique, M. Brouardel rapporte un cas qui semble calqué sur le précédent; c'est l'histoire d'un jeune homme qui, après avoir été mordu à la chasse par son chien qu'il voulait empêcher de se battre avec un autre, présenta de même les symptômes de la rage. Son état devenait très grave lorsque la vue de son chien le calma brusquement, et, deux jours après, il retournait à la chasse avec lui.

M. Bouley rappelle un troisième cas de rage imaginaire cité par Trousseau. Il s'agit d'un président qui, ayant été léché par son chien atteint de la rage, eut lui-même les symptômes de la rage pendant le temps que vivent habituellement les malades enragés.

Chez le malade de M. Denis-Dumont, il y a des symptômes d'un autre ordre, l'état de la blessure, que l'on ne peut faire dériver d'une simple excitation cérébrale. Ces particularités imposent au moins quelques doutes sur la nature de la maladie. Il faut donc ranger ce cas dans une classe à part avec un point de doute, en spécifiant que la nature de ce cas n'a pas été élucidée.

M. Bouley espère d'ailleurs que les cas de guérison ne seront plus aussi rares que le passé pourrait le faire craindre. L'an dernier M. Pasteur et ses trois collaborateurs, MM. Chamberland, Roux et Thuillier, ont montré l'état de virulence du système nerveux;

le siège médullaire de la rage avait d'ailleurs été affirmé déjà par Marchal (de Calvi). La preuve de la présence réelle du virus rabique dans le système nerveux central, c'est que ce système nerveux est inoculable ; ce système est comme un appareil condensateur de l'élément rabique.

Dès maintenant, la paralysie qui se manifeste si communément dans la dernière période de la rage du chien s'explique par la destruction des cellules cérébrales. Dès maintenant ne peut-on pas admettre la transmission de la rage par les cordons nerveux?

En résumé, les recherches expérimentales sur la rage instituées au laboratoire de l'Ecole normale ont mis en lumière deux faits nouveaux, l'état de virulence du système nerveux central et la rapidité du développement de la rage chez le chien lorsque l'inoculation est faite directement sur le cerveau. De nouvelles recherches se poursuivent actuellement sur ce sujet dans le laboratoire de l'Ecole normale.

La rage chez le malade de M. Denis-Dumont reste douteuse, parce que malheureusement le chirurgien de Caen n'a pas saisi l'occasion d'inoculer au chien, après avoir fait la trépanation du crâne, la salive du malade.

Vu l'importance de cette observation, M. Bouley propose de l'insérer, à la suite de son rapport, dans les bulletins de l'Académie.

M. Dujardin-Beaumetz a employé la pilocarpine 6 fois dans les 23 cas de rage qu'il a pu observer l'année dernière. Dans ces 6 cas la pilocarpine semble avoir plutôt exagéré les symptômes; mais M. Dujardin-Beaumetz tient à annoncer à l'Académie les résultats qu'il a obtenus au moyen de quelques substances, de la cédrine, de la valdivine, toutes deux extraites du cédron, du hoang-nan, de la fausse angusture, de l'ail et des bains de vapeur.

La valdivine et la cédrine ont été extraites du cédron; cependant la cédrine n'a donné aucun résultat, il n'en a pas été de même de la valdivine expérimentée à Alfort par M. Nocard. Chez tous les animaux M. Nocard a obtenu avec ce médicament la suppression des accès de rage ; les enragés auxquels on a injecté de la valdivine ne présentent pas la même congestion des organes internes. Ainsi avec ce médicament on ne guérit pas la rage, mais on diminue les accès.

On doit au père Lesserteur l'introduction en France du hoang-nan. Le hoang-nan est une plante de la famille des strychnées. Chez trois malades soignés par M. Dujardin-Beaumetz et chez un malade soigné par M. Gingeot les résultats ont été nuls ; mais, il est bon de faire observer que la forme pilulaire est très mal choisie pour des malades qui ont toutes les peines du monde à avaler ; il faudrait obtenir un extrait alcoolique du hoang-nan que l'on injecterait sous la peau.

Chez un petit malade de M. Bergeron, M. Dujardin-Beaumetz a employé sans résultat la fausse angusture.

Il est un autre moyen que M. Dujardin-Beaumetz a employé, c'est l'ail et les bains de vapeur. Pour mieux faire accepter l'ail dans une famille où il l'a essayé, M. Dujardin-Beaumetz fit faire des capsules de sulfure d'allyle contenant la partie essentielle de cette substance ; deux individus mordus il y a plus d'un an par un chien nettement enragé n'ont eu aucun symptôme. Il est bon de dire que ces malades avaient été mordus à travers les vêtements, et il n'y a pas encore d'exemple de rage causée par une morsure faite à travers les vêtements.

Ainsi de tous ces faits un seul mérite d'être pris en considération, c'est la disparition des accès, sinon la guérison sous l'influence de la valdivine.

Il existe à côté de la rage des faits analogues qui entraînent même la mort et qui ne sont que des cas d'hydrophobie. Ainsi M. Mesnet a rapporté en 1864 à la Société médico-pratique le fait d'un homme qui, sans avoir jamais été mordu, fut pris de tous les symptômes de la rage et finit par succomber. Cet homme était un alcoolique et la recherche des antécédents montra que dans sa famille il y avait eu plusieurs aliénés.

Élection. L'Académie procède par la voix du scrutin à l'élection d'un membre correspondant national.

La commission présentait les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Bourguet (d'Aix) ; en deuxième ligne, M. Védrenne (de Vincennes) ; en troisième ligne, M. Delore (de Lyon) ; en quatrième ligne, M. Michel (de Nancy) ; en cinquième ligne, M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer) ; en sixième ligne, M. Spillmann (d'Alger).

Sur 64 votants, majorité 33, les voix se répartissent ainsi : M. Bourguet obtient 46 voix, M. Cazin 10, M. Védrenne, 3 M. Michel 2, M. Delore 1, M. Spillmann 1 ; il y a un bulletin blanc.

En conséquence, M. Bourguet, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant national de l'Académie.

A 4 heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. L. Labbé sur le prix d'Argenteuil.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de petite chirurgie et de chirurgie d'urgence, par le Dr *Albert Bergeron*, chef de laboratoire de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité. In-18, 431 p. Paris, J.-B. Baillière et fils 1882.

Persuadé avec raison que le temps n'est plus aux bandages longs et compliqués qui faisaient perdre tant d'heures sans profit pour les

médecins ni pour les malades, et suivant l'impulsion de notre époque qui tend à simplifier le plus possible les pansements, M. Bergeron ne décrit pas dans son livre un grand nombre d'appareils dont l'intérêt aujourd'hui est surtout du domaine de l'histoire; toutefois les élèves trouveront dans cet ouvrage toutes les indications nécessaires sur les linges à pansement, charpies, compresses, bandes, etc., les topiques solides ou liquides, les bandages pour toutes les parties du corps, les appareils de fractures en genéral, les ceintures et les pessaires.

Une deuxième section consacrée à la petite chirurgie indique d'une façon claire et méthodique les opérations que les élèves doivent connaître pour subir les premiers concours et qu'ils sont appelés à pratiquer dès leur entrée dans les hôpitaux : les applications de vésicatoire, les divers mode de cautérisation, y compris le thermo-cautère, l'acupuncture, l'aquapuncture, l'électro-puncture ou galvanopuncture, le séton, les injections hypodermiques, la division des tissus, la réunion des tissus et les sutures, la saignée, la vaccination, enfin les opérations qu'on pratique sur les dents et même l'art du pédicure.

La seconde partie du livre est beaucoup plus importante que la première; elle ne s'adresse plus seulement aux élèves, mais aussi aux médecins et surtout à ceux qui exercent loin des grands centres et qui ont besoin d'avoir rapidement sous les yeux *tout ce qu'il leur est nécessaire* de savoir dans les cas difficiles. C'est la chirurgie d'urgence dans laquelle M. Bergeron comprend les hémorrhagies, les affections traumatiques des muscles et des tendons, les fractures, les luxations et les plaies des articulations, les traumatismes de la tête, du cou, de la poitrine et de l'abdomen, les hernies, les vices de conformation de l'anus et du rectum, les affections des voies génito-urinaires et l'anesthésie chirurgicale.

Une troisième partie est consacrée aux pansements et au traitement des plaies.

Ainsi l'ouvrage de M. Bergeron contient en un bien moins grand nombre de pages la substance de deux livres déjà très connus et très estimés: la Petite Chirurgie de Jamain et Terrier et le traité des opérations d'urgence de L. Thomas. Cet ouvrage offre toutes les qualités qui ont fait réussir les deux autres et nous lui souhaitons le même succès.

A. CH.

NOUVELLES

Bourses de pharmacie. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, vu le règlement du 20 novembre 1879, arrête :

Art. 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de

pharmacie aura lieu, au siège des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 10 juillet 1882.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le samedi 8 juillet, à quatre heures.

Art. 3. — Sont admis à concourir les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions qui auront subi, avec la note *bien*, les examens de fin de première et de deuxième année de l'examen semestriel.

Seront, en outre, admis à concourir les pharmaciens de 1re classe aspirant au diplôme supérieur.

Ces différents concours porteront sur les matières suivantes :

Pharmaciens de 1re classe. — Elèves ayant 4 inscriptions : Composition écrite : Physique, chimie minérale, organographie et anatomie végétale. Epreuve orale : pharmacie galénique.

Elèves ayant 8 inscriptions : Appréciation des notes méritées aux travaux pratiques de première année. Composition écrite: Chimie organique, famille des plantes phanérogames, matière médicale. Epreuve orale : Pharmacie chimique.

Elèves ayant 12 inscriptions : Appréciations des notes méritées aux travaux pratiques de deuxième année. Composition écrite : Analyse chique, mique, toxicologie, hydrologie. Epreuve orale : Zoologie et cryptogamie.

Diplôme supérieur. — Appréciations communes aux deux ordres :

Appréciations des études antérieures.

Notes des travaux pratiques de troisième année et des examens probatoires.

Section des sciences psycho-chimiques. — Compositon écrite : Physichimie analytique, histoire naturelle générale. Epreuve orale : Toxicologie.

Section des sciences naturelles. — Composition écrite : Botanique, zoologie, chimie générale. Epreuve orale: Hydrologie, minéralogie.

Les candidats pourvus du grade de bachelier ès lettres ou de bachelier ès sciences complet, qui ont été admis à ces grades avec la note *bien*, pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Art. 4. — Les sujets des compositions seront adressés par le ministre au recteur sous un pli cacheté, qui sera remis au président du jury et décacheté par lui, en présence des élèves, à l'ouverture de la séance du concours.

Fait à Paris, le 19 juin 1880. Jules FERRY.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par arrêté du ministre de la guerre, en date du 17 juin 1882, le comité consultatif de santé examine et apprécie, avant qu'ils soient soumis au conseil d'État :

1° Les dossiers de pensions de retraite pour infimités consécutives à des maladies ou des blessures ;

2° Les dossiers pour pensions à accorder aux veuves ou pour secours annuels aux orphelins des militaires morts par suite de maladies ou de blessures ;

3° Les dossiers pour gratifications renouvelables ou temporaires de réforme;

4° Les propositions de mise en non-activité pour infirmités temporaires ou en réforme pour infirmités incurables.

Mission scientifique. — M. A.-J. Martin, secrétaire général adjoint de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, est chargé d'une mission à l'effet de représenter le ministère de l'instruction publique au congrès international d'hygiène qui s'ouvrira à Genève au mois de septembre 1882.

Récompenses honorifiques. — Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique de France, le ministre du commerce vient de décerner aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité, qui se sont particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1879, les récompenses honorifiques suivantes :

Médaille d'or. — M. Ladrey, doyen de la faculté des sciences de Dijon, vice-président du conseil central d'hygiène de la Côte-d'Or. — Pour l'activité qu'il imprime depuis de longues années aux travaux du conseil.

Médailles d'argent. — M. le Dr Layet, membre du conseil central de la Gironde. — Rapport sur les causes d'insalubrité professionnelle que présente la fabrication du minium dans l'usine Lavie. — M. Rabourdin, pharmacien à Orléans, secrétaire du conseil central du Loiret. — Pour l'activité dont il a fait preuve comme membre et secrétaire du conseil. — M. le Dr Rampal, vice-président et ancien secrétaire du conseil central des Bouches-du-Rhône. — Activité imprimée aux travaux du conseil. — M. le Dr Journal, membre du conseil central de l'Aisne. — Rapport sur les vaccinations. — M. Gebhart, pharmacien à Epinal, secrétaire du conseil central des Vosges. — Rapports nombreux et intéressants. — M. le Dr Bertherand, secrétaire du conseil d'hygiène d'Alger. — Publication des travaux du conseil de 1852 à 1881. — M. le Dr Lapeyre, membre du conseil central de la Loire-inférieure. — Rapports importants sur les sépultures et sur la construction de pavillons d'isolement dans les hospices. — M. le Dr Pujos, membre du conseil central du Gers. — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à Auch. — M. Delezenne, pharmacien à Lille, membre du conseil central du Nord. — Rapports nombreux et très intéressants.

Médailles de bronze. — M. le Dr Benoît, de Giromagny, membre du conseil de l'arrondissement de Belfort. — Statistique de la consommation d'alcool dans son canton. — M. le Dr Dargelas, médecin des épidémies, secrétaire du conseil de l'arrondissement d'Aix (Bouches-du-Rhône). — Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde du hameau de Sausset. — M. Dhuicque, pharmacien à Beauvais, membre du conseil central de l'Oise. — Rapport sur le lavage et le trempage des peaux de mouton. — M. le Dr Jablonski, secrétaire du conseil central de la Vienne. — Pour le zèle apporté à la publication des travaux du conseil et divers travaux sur les épidémies. — M. le Dr Barlod, membre du conseil de l'arrondissement des Andelys (Eure). — Statistique des décès dans l'arrondissement.

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. Bottentuit.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Sucr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince

'INGT-NEUVIÈME ANNÉE — TOME I. N° 76 VENDREDI 30 JUIN 1882

LA

FRANCE MÉDICALE

BUREAUX
On s'abonne chez
E. LAHAYE et E. LECROSNIER
Place
l'École-de-Médecine
PARIS

Paraissant le MARDI, le JEUDI, le SAMEDI

ABONNEMENTS
UN AN
FRANCE........... 15 fr.
UNION POSTALE .. 18 fr.
PAYS D'OUTRE-MER. 20 fr.

Adresser ce qui concerne la Rédaction à M. le Dr E. BOTTENTUIT, Rédacteur en chef, 56, rue de Londres.
Les ouvrages remis en double sont annoncés, et analysés s'il y a lieu.
Les Annonces sont reçues à l'Office médical et pharmaceutique, 6, rue Git-le-Cœur

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

29e Année. — Tome I. — N° 76. Vendredi 30 Juin 1882.

LA FRANCE MÉDICALE

TABLE DES MATIÈRES

ANNÉE 1882 — Tome I

A

B

C

I

J

K

L

M

N

Y

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

Le Propriétaire-Gérant : Dr E. BOTTENTUIT.

Paris.— Typ. A. PARENT, A. Davy, Succr Imp. de la Faculté de médecine, r. M.-le-Prince 31


PAUVRISSEMENT DU
N DE BEL
AU QUINQUINA ET COLOM
délicates, aux personnes âgées, et à celles
par la maladie ou les excès.

Publications de la librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER

ÉDITEURS

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant aux Eaux de Plombières, chevalier de la Légion d'honneur. In-8 .... 2 fr.

Des dyspepsies flatulentes à forme douloureuse et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, ancien interne des hôpitaux, médecin consultant aux eaux de Plombières, etc. In-8 .... 1 fr.

Guide aux Eaux de Plombières, par le docteur Bottentuit, avec 35 gravures, cartes et plans. In-18 format diamant. Cartonné .... 3 fr.

Des dyspepsies gastro-intestinales. Clinique physiologique, par G. Sée, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8. 1881 .... 10 fr.
Cartonné .... 11 fr.

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur, et en particulier de leurs formes anormales, par le professeur Germain Sée. Leçons recueillies par le docteur F. Labadie-Lagrave (clinique de la Charité, 1874 à 1876). 2e édition. 1 vol. in-8 (sous presse) .... 9 fr.
Cartonné .... 10 fr.

Traité pratique des maladies des reins, par le professeur Rosenstein, traduit de l'allemand par MM. Bottentuit et Labadie-Lagrave .... 10 fr.

Traité de pathologie interne, par S. Jaccoud, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière. 6e édition revue et augmentée. 2 vol. in-8 avec 27 pl. en chromolithographie, 1879 .... 32 fr.
Cartonné .... 34 fr. 50.

Recherches sur les paralysies oculaires consécutives à des traumatismes cérébraux, par le Dr A. Chevallereau, ancien interne des hôpitaux, in-8, 1879. .... 2 fr.

Leçons sur les rétinites, par le professeur F. Panas, recueillies par le Dr A. Chevallereau, in-8 avec 2 planches en chromolithographie.

Traité de thérapeutique appliquée, basé sur les indications, suivi d'un précis de thérapeutique et de posologie infantiles et de notions de pharmacologie usuelle sur les médicaments signalés dans le cours de l'ouvrage, par J.-B. Fonssagrives, professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. 2 vol. in-8 .... 24 fr.
Cartonné .... 26 fr.

Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Charité, par le professeur Jaccoud. 1 fort vol. in-8 de 878 pages, avec 29 figures et 11 planches en chromolithographie, 3e édition, avec un joli cartonnage en toile .... 16 fr.

Leçons de clinique médicale, faites à l'hopital Lariboisière par le professeur Jaccoud, 2e édit. 1 vol. in-8 accompagné de 10 planches en chromolith. Cartonné .... 16 fr.

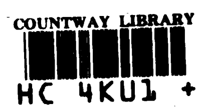
Traité théorique et clinique de percussion et d'auscultation, avec un appendice sur l'inspection, la palpation et la mensuration de la poitrine, par E.-J. Woillez, médecin honoraire de l'hôpital de la Charité, etc. 1 vol. in-18, avec 101 figures intercalées dans le texte .... 10 fr.
Cartonné .... 11 fr.

Etudes médicales faites à la maison municipale de santé (Maison Dubois), par le docteur Lecorché, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., et Ch. Talamon, interne des hôpitaux. 1 vol. in-8 avec 10 figures intercalées dans le texte et 4 planches en chromolithographie .... 12 fr.

Guide aux villes d'eaux, bains de mer et stations hivernales, par des médecins et des écrivains spéciaux, publié par le docteur Macé, 1 fort volume in-18 cartonné .... 10 fr.

Leçons de clinique obstétricale, professées à l'hôpital des Cliniques par le docteur Depaul, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, rédigées par le docteur De Soyre, chef de clinique, revues par le professeur. 1 vol. in-8 avec figures intercalées dans le texte .... 16 fr.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, rue M.-le-Prince, 31
A. DAVY, successeur.



record below must

